



Sveriges lantbruksuniversitet  
Swedish University of Agricultural Sciences

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds-  
och växtproduktionsvetenskap

## **Hur vet vi om vi gör skillnad?**

- Om Malmö stads arbete för en jämlik hälsa

*Jenny Ekstam*

## **Hur vet vi om vi gör skillnad?**

How do we know if we make a difference? - About Malmö City's work for equity in health

*Jenny Ekstam*

**Handledare:** Anna Peterson, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

**Biträdande handledare:** Andrea Utas, WSP

**Examinator:** Elisabeth von Essen, Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi

**Biträdande examinator:** Lisa Norfall, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

**Omfattning:** 30 hp

**Nivå och fördjupning:** A2E

**Kurstitel:** Självständigt arbete i hållbar stadsutveckling

**Kurskod:** EX0859

**Program/utbildning:** Hållbar stadsutveckling, ledning, organisering och förvaltning - masterprogram

**Utgivningsort:** Alnarp

**Utgivningsår:** 2019

**Elektronisk publicering:** <http://stud.epsilon.slu.se>

**Nyckelord:** *Social hållbarhet, hälsa, Malmö, jämlikhet, stadsutveckling, sociala bestämningsfaktorer*

SLU, Sveriges lantbruksuniversitet

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds- och växtproduktionsvetenskap

Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

## **Förord**

Genom det här examensarbetet har jag fått chansen att utforska en värld som jag hoppas att läsaren finner lika inspirerande som jag gör. Uppsatsen är den sista delen i min femåriga utbildning i samhällsplanering och hållbar stadsutveckling som har inneburit tre lärorika år på Lunds universitet och två väldigt givande år på SLU i Alnarp. Jag vill rikta ett särskilt tack till mina handledare, Anna Peterson och Andrea Utas, som har bidragit med givande diskussioner om tankar på begrepp och sammanhang. Vill även rikta ett stort tack till fredagsgruppen, utan att ha dessa gemensamma stunder av studier och diskussion hade vårterminen 2019 inte varit lika rolig att se tillbaka på. Stort tack även till alla mina vänner som gett insiktsfulla kommentarer på ämnet som bidragit till dess tvärvetenskapliga fokus, att ha fått chansen att förklara för er har gjort uppsatsen begriplig. Avslutningsvis vill jag även tacka Ebba Gröndahl på WSP i Malmö som välkomnat mig till gemenskapen, gett mig värdefulla tips på vägen och gett mig motivation till att slutföra arbetet och kunna blicka framåt till tiden efter studierna.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>TABELLFÖRTECKNING.....</b>	<b>5</b>
<b>FIGURFÖRTECKNING .....</b>	<b>5</b>
<b>SAMMANFATTNING.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>8</b>
1.1 Syfte och frågeställningar .....	9
1.2 Avgränsning .....	9
1.3 Bakgrund .....	10
1.3.1 Ojämlighet i hälsa .....	10
1.3.2 Hållbar utveckling och Agenda 2030.....	12
1.3.3 Folkhälsa.....	14
<b>2. TEORI .....</b>	<b>18</b>
2.1 Ett socialt hållbart samhälle.....	18
2.2 Måluppfyllelse .....	19
2.3 Hälsans bestämningsfaktorer .....	20
2.4 Uppföljning av hälsa.....	24
<b>3. METOD.....</b>	<b>27</b>
3.1 Utgångspunkt och kontext .....	27
3.2 Dokumentstudier .....	28
3.2.1 Litteraturgenomgång.....	28
3.3 Kvalitativa intervjuer.....	30
3.3.1 Urval .....	30
3.3.2. Genomförande .....	32
3.3.3 Validering .....	32
3.3.4 Intervjuanalys.....	33
3.4 Metoddiskussion.....	34
<b>4. FÖR EN JÄMLIK HÄLSA .....</b>	<b>37</b>
4.1 Malmö stads arbete .....	37
4.1.1 Uppföljning och den fortsatta processen.....	44
4.2 Att mäta hälsans utveckling.....	46
4.3 Agenda 2030.....	49
<b>5. SLUTSATSER .....</b>	<b>53</b>
5.1 Slutsatser utifrån frågeställningar .....	53
5.2 Avslutande diskussion .....	54
5.3 Fortsatt forskning.....	55
<b>6. KÄLLFÖRTECKNING.....</b>	<b>56</b>
6.1 Skriftliga källor.....	56
6.2 Muntliga referenser.....	60
<b>7. BILAGA Intervjuguide.....</b>	<b>61</b>

# TABELLFÖRTECKNING

Tabell 1 Maktordning.....	12
Göteborgs universitet (2019) Nationella sekretariatet för genusforskning <i>Intersektionalitet</i> . Tillgänglig 2019-04-04: <a href="https://www.genus.se/ord/intersektionalitet/">https://www.genus.se/ord/intersektionalitet/</a>	
Tabell 2 Sveriges välfärdsindikatorer.....	25
Prop 2018/19:100. Regeringen. 2019 års ekonomiska vårproposition. Tillgänglig: <a href="https://www.regeringen.se/4964bd/contentassets/83ce688e4b27486d8a00ba6178d7fdbbc/2019-ars-ekonomiska-varproposition-prop.-201819100.pdf">https://www.regeringen.se/4964bd/contentassets/83ce688e4b27486d8a00ba6178d7fdbbc/2019-ars-ekonomiska-varproposition-prop.-201819100.pdf</a>	

# FIGURFÖRTECKNING

Figur 1 De globala målen i Agenda 2030.....	13
FN. 2015. Tillgänglig: <a href="https://www.globalamalen.se/material/logotyper/">https://www.globalamalen.se/material/logotyper/</a> Figuren används enligt FNs riktlinjer för kommunikationsmaterial om globala målen.	
Figur 2 Tillväxt inom ekologins gränser med minsta möjliga social standard.....	19
Raworth, K. 2017. <i>A safe and just space for humanity Can we live within the doughnut?</i> Oxfam. Tillgänglig: <a href="https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/dp-a-safe-and-just-space-for-humanity-130212-en_5.pdf">https://www-cdn.oxfam.org/s3fs-public/file_attachments/dp-a-safe-and-just-space-for-humanity-130212-en_5.pdf</a> Tillstånd att använda bearbetad och översatt version av figuren har getts av Raworth doughnut economics.	
Figur 3 Hälsans bestämningsfaktorer fördelade.....	21
Choi E. och Sonin, J. 2019. <i>Determinants of health</i> . GoInvo open source. Tillgänglig: <a href="https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/">https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/</a> Tillstånd att använda bearbetad och översatt version av figuren har getts av GoInvo.	
Figur 4 Hälsans bestämningsfaktorer på olika nivåer .....	23
Dahlgren G, Whitehead M. 1991. <i>Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health</i> . Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies. Tillgänglig: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/</a> Tillstånd att använda bearbetad och översatt version av figuren har getts av Institute for future studies.	
Figur 5 Malmökommissionens mål kopplat till de globala målen. ....	50
Text: Malmö stad. 2013. <i>Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa</i> . Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Slutrapport. Reviderad upplaga 3. Malmö. Tillgänglig: <a href="https://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1491298327791/malmo%CC%88ko mmissionen slutrapport 2014.pdf">https://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1491298327791/malmo%CC%88ko mmissionen slutrapport 2014.pdf</a> Symboler: UNDP Sverige. 2015. <i>Globala målen för hållbar utveckling</i> . Tillgänglig 2019-05-10: <a href="https://www.globalamalen.se/">https://www.globalamalen.se/</a> Figurerna används enligt FNs riktlinjer för kommunikationsmaterial om globala målen Bakgrundsbild: Castor, D. 2014. (CC BY-SA 3.0) Wikimedia Commons. Tillgänglig: <a href="https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Plik:Malm%C3%B6%E2%80%93flygbild_06_september_2014.jpg">https://pl.m.wikipedia.org/wiki/Plik:Malm%C3%B6%E2%80%93flygbild_06_september_2014.jpg</a>	

# SAMMANFATTNING

Studien undersöker Malmö stads arbete för en jämlik hälsa. 2013 släpptes Malmökommissionens slutrapport med mål och åtgärdsförslag baserade på WHO:s rapport *Closing the gap in a generation*. Den här uppsatsen handlar om jämlik hälsa kopplat till hållbar stadsutveckling och hälsans sociala bestämningsfaktorer. Malmö stad har förutom ett arbete mot en mer jämlik hälsa även beslutat om att Agenda 2030 och de globala målen ska omsättas till lokal praktik. Uppsatsen undersöker därför också hur och i så fall på vilket sätt dessa frågor överlappar varandra.

Uppsatsens syfte är att diskutera möjligheter och utmaningar kopplat till att kvantifiera och följa upp kvalitativa värden. Utöver detta är syftet även att undersöka hur Malmös målstyrda arbete fungerar. Syftet motiveras av det i dagsläget inte finns några fastställda principer för vad som utgör jämlik eller ojämlik hälsa. Att undersöka jämlik hälsa inom området för stadsutveckling är relevant för att det finns ett samband mellan sociala bestämningsfaktorer och hälsa. Forskning visar att det på grund av bristande tillgång till lika bra skola, bostäder och andra funktioner i samhället leder till en ojämn fördelning i hälsa - en fördelning som hade kunnat undvikas. Utöver detta utgör Agenda ett verktyg för att kunna följa upp olika typer av hållbarhetsutveckling. En central fråga inom folkhälsoarbetet och inom forskningen kopplad till jämlik hälsa är således hur kompatibelt Agenda 2030 är med diskursen kring jämlik hälsa. Denna studie ämnar av den anledningen fördjupa sig i hur de globala målen integrerar med kopplat till jämlik hälsa.

Uppsatsens resultat är baserade på intervjuer av anställda inom Malmö stad och dokumentstudier. Studien visar att arbetet för en jämlik hälsa bör utvärderas utifrån stadens förmåga att leverera välfärdstjänster. Intervjuresultaten visar på vikten av att de anställda har känt en delaktighet i arbetet för att Malmökommissionens åtgärdsförslag skulle träda i kraft. De visar även att genom att göra tydliga kopplingar mellan den ojämlika hälsan till den egna verksamhetens skapades ett intresse, som i sin tur har lett till utveckling av verksamheten.

Samtliga mål från Malmökommissionens kan kopplas till något av de globala målen i Agenda 2030. Uppsatsen visar tendenser till att det arbete som bedrivits inom ramen för att minska skillnaderna i hälsa har gynnat integreringen av Agenda 2030. Det går också att se en tydlig koppling mellan det globala och det lokala arbetet, vilket tyder på att de här frågorna är relevanta på flera olika nivåer samt att problematiken förmodligen inte är unik för Malmö.

# ABSTRACT

The thesis examines Malmö's work for equity health. In 2013, the Malmö Commission's final report was released with goals and action proposals based on WHO's report *Closing the gap in a generation*. This thesis is about equity in health linked to sustainable urban development and the social determinants of health. In addition to working towards more equity in health, the City of Malmö has also decided that Agenda 2030 and its global goals will be implemented locally.

The purpose of the thesis is to discuss opportunities and challenges related to quantifying and following up on qualitative values. In addition, it also investigates how Malmö's goal-oriented work functions. The purpose is justified by the fact that there are currently no established principles in national policy or academically for what constitutes equity or inequity health. Investigating the relationship between equity health and urban development is relevant because there is a connection between social determinants and health. Research shows that, due to the lack of access to equal education, housing and other social welfare services, there is an uneven distribution in health - a distribution that could have been avoided. Agenda is a tool for tracking various types of sustainability development. A central issue in public health work and in research linked to equity health is thus how compatible Agenda 2030 is with the discourse on equity health. For this reason, this study delves into how Agenda 2030's global goals are linked to equity health. The essay therefore also examines how and, if so, in what ways these issues overlap.

The results of this thesis are based on interviews of employees within the municipality of Malmö and document studies. The research shows that the success of equity health efforts should be evaluated based on a city's ability to deliver welfare services. The results also show that all of the goals from the Malmö Commission can be linked to, and are compatible with, the global goals of Agenda 2030. The paper shows tendencies that the work carried out within the framework of reducing the differences in health has favored the integration of Agenda 2030. It also suggests a clear connection between global and local work. This indicates that these issues are relevant at different levels in society and policy as well as that the problems are not unique to Malmö.

# 1. INLEDNING

En utgångspunkt som ofta framhålls är att det för stadsutveckling ofta finns en önskan om att definiera för vem staden är till för och för vem den ska vara hållbar. FNs nuvarande internationella arbete mot en hållbar framtid kan kopplas till de globala mål i Agenda 2030 som antogs av samtliga medlemsstater 2015 (UNDP Sverige, 2016). Processen vid framtagandet av målen sägs vara den mest transparenta och präglades av öppenhet och deltagande vilket tros vara en av framgångsfaktorerna till att agendan är allmänt förstådd, ambitiös och av global relevans (ibid). Målen är inte kopplade till gemensamma handlingsplaner utan det är upp till varje land att själv bestämma hur dessa ska uppnås. En god hälsa på lika villkor och att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation är ett fokus som återkommer i de globala målen som handlar om att minska ojämlikhet inom och mellan länder (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Olsson (2018) menar att stora krav måste ställas på staden som livsmiljö för en hållbar utveckling, men arbetet måste göras gemensamt av medborgare, myndigheter och stat. Städernas ansvar över bostäder, infrastruktur, hälsa och utbildning gör att de är en viktig arena för hållbar utveckling.

Den här uppsatsen har sin utgångspunkt i den ovan nämnda utvecklingsprocessen inom hållbar stadsutveckling men handlar särskilt om Malmö stads arbete. Under tidpunkten för författandet av denna uppsats utvärderades Malmö stads arbete med att göra hälsan mer jämlik av en extern konsult. Jag har varit delaktig i utvärderingen som praktikant på det externa konsultföretaget under hösten 2018 och valt att under uppsatsvåren 2019 fördjupa mig i ämnet jämlik hälsa med fokus på hur Malmö stad har arbetat med frågorna. Uppsatsens frågeställningar tar sin utgångspunkt i Malmö stads visionära och målstyrda arbete som handlar om att undersöka hur arbetet med jämlik hälsa kan mätas och således följas upp och utvärderas. Vilka metoder finns tillgängliga för att låta Malmö veta om deras arbete har gjort någon skillnad? Jag har även intresserat mig för hur Malmös arbete för att minska ojämlikhet i hälsa de senaste åren kan integreras med deras nya ambition att inkorporera Agenda 2030 i sin verksamhet (Malmö stad, 2018a). I och med att Agenda 2030 bygger på målformuleringar och indikatorer för att följa upp utvecklingen i olika aktörers hållbarhetsarbete är jag intresserad av möjligheten att identifiera överlapp mellan den globala agendan och Malmös arbete med jämlik hälsa. Är Agenda 2030 ett bra verktyg kopplat till Malmö stads ambition att minska klyftorna i hälsa?

När Malmö stads kommunfullmäktige 2018 beslutade att FNs globala mål skulle omsättas till lokala mål var det ett viktigt beslut som påverkar hela kommunens verksamhet. Det lokala arbetet ska fokusera på följande utvecklingsprocesser:

1. In i ordinarie styr- och ledningssystem
2. Hållbar utveckling genom verksamhetsutveckling
3. Planerad kommunikation och delaktighet för lärande och förankring
4. Ökad kunskap för medvetna beslut



## 5. Innovativa partnerskap som gör skillnad (Malmö stad, 2018a)

Malmö stad koordinerar idag sitt hållbarhetsarbete genom ett kansli för hållbar utveckling och har under de senaste åren arbetat särskilt aktivt med de sociala aspekterna av hållbarhet som jämlikhet och folkhälsa. 2010 tillsatte kommunstyrelsen en politiskt oberoende kommission i syfte att på sikt kunna minska hälsoskillnaderna genom att fokusera på de bakomliggande orsakerna till ojämlikhet i hälsa (Malmö stad, 2013). Bakgrunden till tillsättandet av kommissionen var det övergripande folkhälsomålet "att skapa samhälleliga förutsättningar för hälsa på lika villkor." (Malmö stad, 2013). Uppdraget handlade om att utarbeta en plan för hur Malmö stad kan minska ojämlikhet i hälsa, med fokus på de strukturella förutsättningarna och minska skillnaderna med rimliga insatser (ibid). Målet var att ge Malmö stad stöd för styrning, prioritering och genomförande av insatser som minskar ojämlikhet i hälsa. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö (hädanefter kallad Malmökommissionen) lämnade efter avslutat arbete en nulägesbild av olika faktorer som påverkar befolkningen i Malmös livsvillkor och hälsa i slutrapporten *Malmös väg mot en hållbar framtid Hälsa, välfärd och rättvisa* (Malmö stad, 2013).

Det finns ett behov av att undersöka hur man kan arbeta för att göra hälsans fördelning mer jämlik. Genom att undersöka den ojämlika hälsan utifrån ett planeringsperspektiv och dessutom koppla till det nya verktyget Agenda 2030 kan förklaringar urskiljas och möjliga lösningar bli tydliga.

### 1.1 Mål, syfte och frågeställningar

Uppsatsens mål är att utifrån Malmö stads utvecklingsarbete mot att göra hälsan mer jämlik undersöka deras arbetsprocess för en mer jämlik hälsa. Syftet är att undersöka vilken roll Agenda 2030 har eller kan spela för roll i arbetet mot en mer jämlik hälsa. Frågeställningar:

- Hur beskriver Malmö stad att de har arbetat med utvecklingen av jämlik hälsa?
- Hur kan Agenda 2030 bidra till Malmö stads utveckling mot en mer jämlik fördelning av hälsa?

### 1.2 Avgränsning

För att avgränsa ämnet kring jämlik hälsa och hållbarhet har Malmö stad valts som område att fokusera på i studien. Malmökommissionens slutrapport har gett uppsatsen en avgränsad bild kring vad som menas med ojämlik hälsa i Malmö.

Uppsatsen behandlar samhällssystemens förmåga att mäta människors olika behov, detta görs utifrån ett strategiskt perspektiv och inte utifrån fysisk planering. Exempelvis behandlar uppsatsen inte tillgång till skola, sjukvård eller liknande i form av fysiska avstånd. Det är snarare människors olika behov och välfärdssystemens förmåga att ställa

om och anpassa sig efter dessa olika behov som undersöks. Uppsatsen undersöker av den anledningen heller inte planer över fysiska strukturer och utbyggnader, så som en detaljplan. De officiella kommunala dokumenten som undersöks är istället av strategisk karaktär.

Uppsatsen behandlar heller inte olika typer av sjukdomar. Definitionen som används för ojämlik hälsa handlar om ohälsa som kan undvikas, uppsatsen gör således endast skillnad på ohälsa som är påverkbar och ohälsa som är opåverkbar och behandlar inte olika sjukdomar inom dessa kategorier.

## 1.3 Bakgrund

Den här delen av uppsatsen tar avstamp i vad som menas med ojämlikhet i hälsa samt hur det kopplas till hållbar utveckling och Agenda 2030. Därefter beskrivs det svenska folkhälsoarbetet och Malmö stads arbete för att minska ojämlikheterna i hälsa.

### 1.3.1 Ojämlikhet i hälsa

Med ojämlik hälsa menas den ojämna fördelningen av ohälsa hos befolkningen på grund av orsaker som kan förebyggas eller undvikas (Statens folkhälsoinstitut, 2008; Arcaya et al. 2015). För att beskriva ojämlikhet (inequity) har Whiteheads förklaring används:

The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable, but in addition, are also considered unfair and unjust. (Whitehead, 1991:219)

Det är viktigt att förstå skillnaden mellan olikheter i hälsa (inequality in health) och ojämlikhet i hälsa (inequity in health) för att förstå studiens relevans för hållbar stadsutveckling. Olikheter i hälsa är valbara eller beror på biologiska variationer (WHO, 2019). Att försöka förändra olikheter i hälsa kan vara etiskt eller ideologiskt problematiskt, det kan även vara omöjligt i vissa fall och därför är olikheter i hälsa oundvikligt (ibid). Ojämlik hälsa å andra sidan handlar en ojämn fördelning som kan vara onödig och skulle kunna undvikas (ibid), att agera mot ojämlik hälsa går således att likställa med att agera mot orättvisor och för alla människors lika tillgång till samhällets välfärdstjänster och stöd för en god hälsa. Ojämlikheter i hälsa orsakas av externa förhållanden och är bortom individens kontroll (WHO, 2019). Som beskrivs i citatet ovan menar Whitehead (1991) att ojämlik hälsa är den som är möjlig att undvika, orättvis och onödig. Definitionen kopplas ofta till socioekonomiska skillnader i hälsa och anses vara en av de mest använda (Braveman, 2014). Det finns dock en risk för tvetydighet i begreppet ojämlikhet, då det också används på samma sätt som orättvisa (inequality) på grund av att det saknas översättningar eller förståelse för skillnaderna (Whitehead, 1991). För att undvika missförstånd har WHO bestämt att equity (jämlighet) och inequity (ojämlikhet) används i syfte att belysa skillnader som kan förebyggas eller undvikas (ibid), den här uppsatsen går i enighet med den tolkningen. Braveman (2014) lyfter att det dock ofta krävs en ytterligare förklaring då vad som är

möjligt att undvika, orättvist och onödigt kan skilja sig åt beroende på vem man är. Genom att använda koncept som handlar om etik och mänskliga rättigheter kan skillnaden mellan olikheter i hälsa och ojämlik hälsa synliggöras (ibid). Den ojämlika hälsan drabbar de som har sociala eller ekonomiska hinder för att ha tillgång till en god hälsa. Ekonomiska hinder handlar om tillgången till resurser och möjligheter, exempelvis minskade möjligheter att köpa varor eller tjänster till följd av låg inkomst (ibid). Sociala hinder är ett bredare koncept och innefattar ekonomiska hinder men även någons relativa position i samhällets sociala strukturer såsom ras, religion, etnicitet, kön, sexuella läggning eller handikapp. Genom att använda koncept kopplat till mänskliga rättigheter kan en gemensam definition av jämlik hälsa bestämmas, oberoende exempelvis politisk eller social tillhörighet (ibid).

Det finns ett tydligt internationellt stöd för ett fokus på jämlik hälsa vilket syns då man inom Förenta nationerna (FN), World Health Organization (WHO), Europeiska unionen (EU) och även i Nordiska ministerrådet beslutat om resolutioner, policyramverk och internationellt samarbete för frågorna (Dahlgren och Whitehead, 2007:14; Prop. 2017/18:249). Att jämlik hälsa även har en global politik är tydligt, och ojämlik hälsa är ett område som behandlas i WHOs uppmärksammade Marmotrapport *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation* (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Rapporten har tydligt har format de svenska folkhälsopolitiska målen, den norska folkhälsolagen samt Malmökommissionens arbete (Prop. 2017/18:249; Regjeringen, 2019; Malmö stad, 2013). I Norge är folkhälsopolitiken en självskriven del av den nationella välfärdspolitiken, en svensk motsvarighet skulle kunna förtydliga arbetet och stärka det på en strategisk nationell nivå (Rågsjö et al. 2016). WHO beskriver i Marmotrapporten hur ojämlik hälsa inte är ett naturligt fenomen, utan har uppkommit på grund av orättvis politik som prioriterar vissa människor över andra:

De fattigas dåliga hälsa, de socialt betingade hälsoskillnaderna inom länder och den påtagliga ojämlikheten i hälsa mellan olika länder beror på den ojämna fördelningen av makt, inkomster, varor och tjänster, såväl globalt som inom varje land. /../ Denna ojämna fördelning av erfarenheter som skadar hälsan är inte på något vis ett "naturligt" fenomen utan ett resultat av en hälsovådlig kombination av bristfällig socialpolitik och bristfälliga sociala program, orättvisa ekonomiska strukturer och dålig politik i allmänhet. Strukturella bestämningsfaktorer och vardagslivets villkor utgör tillsammans de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa och är orsak till en stor del av ojämlikheten i hälsa mellan och inom länder. (Statens folkhälsoinstitut, 2008:9)

Med utgångspunkt i en förståelse över att orsakerna till den ojämlika hälsan är skapad av strukturella företeelser och politiska beslut synliggörs vilka möjligheterna för förändring är. Med hjälp av en ökad förståelse för dessa frågor och vilka orsaker som ligger bakom den ojämlika fördelningen i hälsa kan ett effektivt hälsoarbete göras. Ett sätt att förstå vilka områden bör lyftas kan följaktligen vara att ställa sig frågan om skillnader i hälsa verkar bero på självvalda orättvisor eller om det är på grund av orsaker som är bortom den egna direkta kontrollen (Whitehead, 1991). Brist på resurser kan exempelvis vara en orsak till att socioekonomiskt svaga grupper tvingas bo i osäkra och trångbodda bostäder eller ta farliga ohälsosamma jobb (ibid). Ett annat sätt att tänka

kring vad som är jämlikt är att använda ett intersektionellt analysverktyg. Intersektionalitet kan användas för att synliggöra hur vissa grupper överordnas andra, men också för att se hur särskilda satsningar på vissa målgrupper inte tar hänsyn till att man kan tillhöra flera grupper samtidigt (Jämställ nu, 2013). Tabell 1 visar exempel på över- respektive underordnade grupper, som kan användas vid en intersektionell analys. Till exempel kan en grupp med nyanlända ha helt andra behov än en annan om den ena är högutbildad och den andra lågutbildad, eller om den ena gruppen är män och den andra är kvinnor (ibid). Att kategorisera olika grupper som över- respektive underordnade synliggör hur anpassade insatser kan leda till önskade resultat.

**Tabell 1 Maktordning. Egen illustration efter Göteborgs universitet (2019)**

Kategori	Överordnad	Underordnad
Kön	Man	Kvinna
Ålder	Medelålder	Äldre resp. yngre
Etnicitet	Svenskt ursprung	Ej svenskt ursprung
Trosuppfattning	Kristen alt. Ateist	Annan religiös uppfattning
Funktionsnedsättning	Frisk och fullt rörlig	Sjuk och röreslehindrad

WHO har en *Health for all-strategi* från 1977 som även den har fokus på jämlikhet där man menar att hälsans ojämlikhet skulle minska med 25 % till år 2000 (Dahlgren och Whitehead, 2007). Trots fokus på jämlikhet i hälsa är det oerhört svårt att minska hälsogapet i jämförelse med andra insatser för att förbättra hälsan och 2007 hade inget land kunna rapportera till WHO att man gjort några framsteg (ibid). Dahlgren och Whitehead (2007) menar att det inte handlar om okunskap kring hur man ska göra utan snarare om professionella och politiska prioriteringar. Att minska hälsogapet är det mest kostnadseffektiva sättet att förbättra hälsan hos en befolkning, att lyfta fram det skulle kunna vara ett sätt för flera gemensamma överenskommelser och prioriteringar oavsett politisk ideologi (ibid).

### 1.3.2 Hållbar utveckling och Agenda 2030

De globala målen Agenda 2030 som visas i figur 1 antogs av FN:s toppmöte för hållbar utveckling 2015 och består av 17 mål som ska vara vägledande fram till 2030. Dessa föregicks av en bred förankring och långa politiska diskussioner vilket innebär att en rad kompromisser har behövts för att nå överenskommelsen.



Figur 1 De globala målen i Agenda 2030 (FN, 2013)

Trots att de är antagna på hög politisk nivå finns kritik mot Agenda 2030. Statsvetarna Bexell och Jönsson (2018) menar att kompromisserna är en av orsakerna till att målen anses vara urvattnade, då de bara utgör en lägsta gemensamma nämnare. Deras forskning har också visat att Agenda 2030 i Sverige främst har handlat om processerna runt omkring, när det i utvecklingsländer istället lagt fokus på målens substans (Bexell och Jönsson 2018). Agenda 2030 utgår från tre viktiga principer:

- Agendan är universell och vänder sig till alla världens länder, alla har ett gemensamt ansvar för genomförandet.
- Målen är integrerade och odelbara, det krävs framgång inom alla områden för att målen ska kunna uppnås.
- Ingen ska lämnas utanför särskild hänsyn ska ges till de människor och samhällen som har sämst förutsättningar.

Redan när Agenda 21 skulle implementeras under 1990-talet var ambitionen att det globala hållbarhetsarbetet i Sverige ska utgå från kommunernas lokala utvecklingsarbete (SOU 1997:105). En av de huvudsakliga rekommendationerna i Agenda 21 var att varje regering ska skriva sin egen lokala Agenda 21. Både Agenda 21 och de efterföljande millenniemålen fokuserade på fattiga länder och miljön, till skillnad från Agenda 2030 som snarare innefattar ett helhetsperspektiv på hållbar utveckling som är relevant för alla länder. Ett syfte med Agenda 2030 är att tvinga till holistiskt tänkande och skrota stuprörstänkandet (Bexell och Jönsson 2018). I arbete med hållbar utveckling är alla länder utvecklingsländer då inget land kan bedömas som hållbart idag (Kanuri et al. 2016). Nationella strategier för hållbar utveckling ska ha börjat genomföras redan 2005 i samband med att Agenda 21 implementerades (SOU 2003:31). Redan i Nationalkommittén för Agenda 21 fastslog man ett behov av att myndigheter och andra samhällsorganisationer bör arbeta tillsammans med kommuner för att forma planer för hållbar utveckling (SOU: 2003:31). Det konstateras i den årliga internationella uppföljningen av Agenda 2030 att det saknas tillräcklig data på

ekonomiska och hälsomässiga ojämlikheter (Sachs et al. 2018). I samma rapport går att läsa att trots att Sverige rankas högst när det kommer till arbetet med de globala målen räknas inte insatserna som tillräckliga för att nå alla mål till 2030 (ibid). Rådet för främjandet av Kommunala Analyser (RKA) är en ideell förening som bildats i samarbete mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) med uppdrag att underlätta uppföljning och analys av kommuners och regioners verksamhet genom att bl.a. tillhandahålla statistik. RKA fick 2018 i uppdrag av regeringen att ta fram indikatorer som ska kunna användas för uppföljning av målen i Agenda 2030 (RKA, 2018). Arbetet har gjorts tillsammans med Agenda 2030-delegationen, SCB och ett antal landsting och kommuner (ibid). Ca 50 indikatorer har tagits fram för att ge kommunerna verktyg att själva mäta och följa upp målen i Agenda 2030 (RKA, 2019).

### 1.3.3 Folkhälsa

De svenska kommunernas bestämmanderätt över lokala skatter och planmonopol gör att de är självstyrande i hög grad (Jörby, 2002). Sociala välfärdstjänster såsom skola, vård och omsorg samt teknisk försörjning såsom vatten, avlopp och sophantering är skyldigheter som kommunerna måste ge sin befolkning. Samhällsplaneringen och effekterna på hälsan är starkt sammankopplade, att exempelvis utsättas för andras tobaksrök, UV-strålning och bullernivåer över riktvärden är faktorer i den fysiska miljön som påverkar folkhälsan (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Regleringar gällande hur de offentliga miljöerna är utformade och vilken funktion olika platser fyller får därför effekt på folkhälsan. Majoriteten (80 %) av verksamheten i en kommun är reglerad i olika lagar (Jörby 2002), detta är exempelvis plan- och bygglagen och socialtjänstlagen. I socialtjänstlagens (2001:453) första paragraf går att läsa:

- 1§ Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas
- ekonomiska och sociala trygghet,
  - jämlikhet i levnadsvillkor,
  - aktiva deltagande i samhällslivet. (Riksdagen, 2001)

I plan- och bygglagens (2010:900) inledande paragraf står:

- 1§ I denna lag finns bestämmelser om planläggning av mark och vatten och om byggande. Bestämmelserna syftar till att, med hänsyn till den enskilda människans frihet, främja en samhällsutveckling med jämlika och goda sociala levnadsförhållanden och en god och långsiktigt hållbar livsmiljö för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer. (Riksdagen, 2010)

Även om den svenska folkhälsan generellt har förbättrats under lång tid har skillnaderna i hälsa ökat i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2018a). På uppdrag av regeringen lämnar Folkhälsomyndigheten varje år en rapport över utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. I den senaste folkhälsorapporten synliggörs att kön, utbildningsnivå, födelseland och ålder är faktorer som påverkar den förväntade medellivslängden (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Det går också att läsa om vikten av

en god miljö för att ge förutsättningar för en god och jämlik hälsa. Idag ges inte alla människor samma förutsättningar för en god hälsa vilket syns i hur folkhälsopolitiska målen är formulerade: "Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation." (Folkhälsomyndigheten, 2018a).

2015 beslutade regeringen att tillsätta en nationell kommission för jämlik hälsa med uppgift att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar (Dir. 2015:60). I propositionen *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik* (Prop. 2017/18:249) behandlas förslag som har remissbehandlats under 3 års tid i olika instanser. Resultatet visar bland annat att arbetet för folkhälsa är ett gemensamt ansvar och insatser krävs från offentliga, privata och ideella organisationer samt enskilda individer (ibid). Propositionen har även identifierat ett krav på en utvecklad folkhälsopolitik då det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället och syftar till att underlätta folkhälsoarbetet på alla samhällsnivåer (ibid). Förslagen i propositionen antogs 2018 och innefattar även ett nationellt mål för folkhälsopolitiken som handlar om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (30 år) (Folkhälsomyndigheten, 2018c). Ett sätt att möjliggöra dessa förändringar är enligt propositionen att underlätta det systematiska folkhälsoarbetet och arbeta holistiskt.

Det är angeläget att hälsoskillnaderna uppmärksammas som ett problem för samhället som helhet, dels utifrån perspektivet hållbar utveckling, dels utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser. Förslagen i propositionen syftar till att underlätta folkhälsoarbetet på samtliga samhällsnivåer genom en tydligare fördelning av ansvar på nationell nivå och förbättrad uppföljning av folkhälsan och utvärdering av folkhälsoarbetet med fokus på skillnader i fördelningen av hälsan i befolkningen. (Proposition 2017/18:249;1)

Med anledning av propositionen som föreslog det övergripande nationella målet och folkhälsoarbetets målstruktur följde ett antal motioner vilka behandlas i Socialutskottets betänkande (2017/18: SoU26). En av motionerna föreslår en folkhälsolag för att förtydliga avsikterna och sända viktiga signaler till de olika aktörerna som arbetar med folkhälsa. Förslaget som föreslår en folkhälsolag avslogs dock av kammaren (Rågsjö et al. 2017; Riksdagens Protokoll 2017/18:132). Det svenska folkhälsoarbetet är således inte lagstadgat utan arbetar efter folkhälsopolitiska mål som antogs av riksdagen under 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2018b).

#### **1.3.4 Arbeta för jämlik hälsa i Göteborg och Stockholm**

En mindre omvärldsbevakning har gjorts för att undersöka hur arbete för en mer jämlik hälsa görs i andra städer. Göteborg stad och Stockholm stads utgör tillsammans med Malmö Sveriges tre största städer och är därför av intresse. Malmö stad kan sägas ligga i framkant med arbetet då både Göteborg och Stockholm har hänvisat till rapporter från Malmökommissionen i sitt arbete, här beskrivs hur de arbetar i de respektive städerna.

Göteborg stads arbete för jämlik hälsa kretsar mycket kring goda livsvillkor och insatser i ett tidigt skede utifrån ett kunskapsbaserat arbetssätt (Göteborg stad, 2018a). Rapporten *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg* publicerades 2014 och det var främst efter det som jämlikhetsarbetet för en bättre hälsa tog fart ordentligt (ibid). 2017 publicerade staden också en jämlikhetsrapport där flera förklaringsmodeller kopplat till folkhälsoarbete har hämtats från Malmökommissionens slutrapport (Göteborg stad, 2017). Utifrån rapporten 2014 har ett program tagits fram som ska styra arbetet mot en jämlik stad som gäller 2018-2026. Två uppföljningar ska göras av arbetet under tidsperioden vilka ska redovisas till såväl kommunstyrelsen som kommunfullmäktige (ibid). Arbetet kretsar kring fyra målområden: Skapa god start i livet och goda uppväxtvillkor, förutsättningar för arbete, hållbara och jämlika livsmiljöer samt skapa förutsättningar för delaktighet, inflytande och tillit. I stadens budget för 2019 återfinns målområdena där det också går att läsa att kommunstyrelsen har i uppdrag att ta fram ett nytt uppföljningssystem med mål, indikatorer och delmål (Göteborg stad, 2018b). Att kommunstyrelsen har getts ett sådant uppdrag tyder på att arbetet med måluppfyllelse inom välfärdsfrågor så som de ovan nämnda målområden är under utveckling. För att nå stadens högt uppsatta mål med jämlik hälsa planeras det för organisationsförändringar där tvärsektionell organisering är utgångspunkten för utvecklingsarbetet (Göteborg stad, 2018a).

En kommission för ett socialt hållbar Stockholm tillsattes 2015 och hade fram till 2017 i uppdrag att analysera skillnader i livsvillkor och föreslå åtgärder för en socialt hållbar och jämlik stad (Stockholm stad, 2019). Från tillsättandet fram till 2017 tog Stockholm stad fram rapporter inom områdena: arbete och försörjning, uppväxtvillkor och utbildning, boende och stadsmiljö samt demokrati och trygghet (ibid). Kommissionens arbete grundar sig på vetenskaplig grund och de publicerade underlagsrapporterna har skrivits av forskare (Löfvenius, 2016). En annan del av kommissionens arbete handlade om transparens och spridning av kunskap i syfte att bidra till en dialog om sociala skillnader i staden, därför arrangerades också konferenser och seminarier under arbetets gång (ibid). Förslag på åtgärder och resonemang om arbetet med jämlik hälsa som återges i vissa av rapporterna är bland annat hämtade från Malmökommissionens underlagsrapporter och slutrapport (Andersson et al., 2016; Dahlin uå; Dahlin, 2016).

### **1.3.5 Malmö stad jämlik hälsa**

Människors hälsa i en stad påverkas av globala företeelser och beroende på hur migrationen ser ut förändras både befolkningssammansättningen och behoven på samhällssystemen. I Malmö skiljer sig hälsan åt bland annat beroende på vart man är född, det är därför viktigt att förstå det globala perspektivet på hälsa för att kunna studera hur arbetet för en jämlik hälsa ska göras på lokal nivå (Malmö stad, 2013). Malmös befolkning byts ut i snabb takt då staden fungerar om ankomstort och transitstad för vissa eller som studentstad för andra (ibid). Den kommission som Malmö stads kommunstyrelse tillsatte 2010 kallas för Malmökommissionen och har dels resulterat i flertalet rapporter och dels lagt grunden för stadens fortsatta arbete för att minska ojämlikheten i hälsa. Malmökommissionen listade i sin slutrapport (ibid) mål



och åtgärder i syfte att kunna arbeta mot en bättre hälsa och för att kunna utvärdera utvecklingen. Kommissionen har två övergripande rekommendationer:

1. Etablera en social investeringspolitik som kan utjämna skillnaderna i levnadsvillkor och göra samhällssystemen mer jämlika.
2. Förändra processerna genom att skapa kunskapsallianser och demokratisera styrningen. (Malmö stad, 2018a)

Malmökommissionen lämnade även 24 mål och 72 åtgärdsförslag i slutrapporten vilka är fördelade på 6 områden:

1. Barn och ungas levnadsvillkor
2. Boendemiljön
3. Utbildning
4. Inkomst och arbete
5. Hälso- och sjukvård
6. Förändrade processer – kunskapsallianser & demokratiserad styrning. (Malmö stad, 2013)

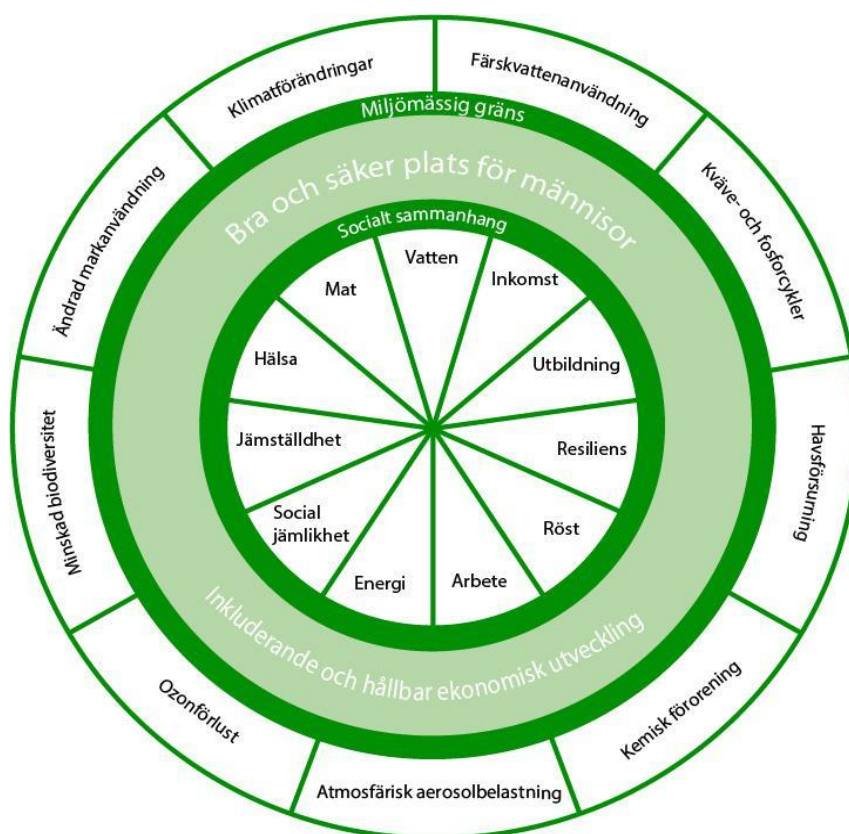
Rekommendationen handlar om att dra nytta av processen som ska leda till en mer jämlik hälsa, de menar att förändrade processer är en nyckelfaktor i arbetet och när man ska genomföra dessa bör ett lärande ske parallellt. Processen ska inte bara bygga på kunskap utan kretsas kring kunskap och lärande där olika aktörer är närvarande för en blandning av vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap (Malmö stad, 2013). De övergripande rekommendationerna antogs första gången av kommunstyrelsen 2014 (Malmö stad, 2014a). Åtgärdsförslagen mynnade ut i en rad utredningsuppdrag och gick till olika förvaltningar och bolag men målen antogs aldrig utan kommunstyrelsen hänvisade till att dessa istället skulle inkorporeras i ett nytt styr- och ledningssystem (Balkfors, 2018). Kommunstyrelsen beslutade i budgeten för 2018 att man ska fortsätta arbeta med Malmökommissionens övergripande rekommendationer samt att arbetet med Agenda 2030 ska implementeras på lokal nivå. Malmökommissionens 6 områden kretsas i likhet med Agenda 2030 kring många olika delar av samhället och stadens välfärdstjänster.

## 2. TEORI

Det här kapitlet redogör för studiens teoretiska utgångspunkter. Teorierna har valts ut med utgångspunkt i den problematik som beskrivs i uppsatsens bakgrund. Den ojämlika hälsan beror på en orättvis fördelning av resurser och makt i samhället, därför har teori kring ett socialt hållbart samhälle och ett alternativt synsätt på tillväxt använts. Vad ett socialt hållbart samhälle är och olika faktorer lyfts för att koppla problembilden med orättvisor till samhällssystemen. En annan problembild som beskrivs i bakgrunden är svårigheter i att arbeta med nya policys eller strategier i en kommunal organisation utifrån när Agenda 21 skulle implementeras. Med anledning av detta har teori om utvärdering och uppföljning används. Den sista delen av teorikapitlet behandlar teori kring hur hälsa kan följas upp och mätas. Hälsans bestämningsfaktorer samt index för uppföljning av hälsa används för att ge förslag på olika sätt att följa upp hälsans utveckling.

### 2.1 Ett socialt hållbart samhälle

Ett perspektiv på social hållbarhet kan hämtas från Jackson (2011) som särskilt fokuserar på ojämlikheten i samhället. Hans utgångspunkt handlar om att det rådande ekonomiska systemet med ständig tillväxt är problematiskt dels för att det är självdestruktivt, men också för att det försvårar livsstilar inom ekologins gränser samt befäster ojämlikhet (ibid). Att befinna sig i samhällets övre skikt har betydelse för hälsan, social status och det subjektiva välbefinnandet (ibid). Genom att produkter lanseras i mindre skala, till ett dyrt pris och således endast tillgängliga för en särskild grupp människor är införskaffandet av dessa ett sätt att positionera sig i det övre samhällsskiktet. Således kan materiella ting vara ett sätt att befästa och stärka den ojämlikhet som finns i ett samhälle, för den som tjänar på ojämlikheten (ibid). Figur 2 visar ett förslag på ett alternativt sätt att tänka kring tillväxt.



**Figur 2 Tillväxt inom ekologins gränser med minsta möjliga social standard. (Bearbetad och översatt version efter Raworth, 2017)**

Figur 2 visar en möjlig utveckling inom planetära gränser från Raworth (2017) med hänsyn till faktorer i syfte att visa en bra och säker plats för människor. Figuren som kallas för “the doughnut” är utvecklad med inspiration från de planetära gränserna (Rockström et al., 2009) och konceptet om sociala gränser. I mitten av figuren syns ett minimum av social standard som identifierades av FN i samband med framtagandet av Agenda 2030 vilka ska vara uppfyllda. I det yttre lagret av figuren (ex. Klimatförändringar, färskvattenanvändning) är faktorer att ta hänsyn till för att inte överskrida jordens gränser då dessa kommer leda till allvarliga miljöeffekter. Genom att uppfylla de faktorer kopplade till ett socialt sammanhang och hålla sig inom den miljömässiga gränsen belyser figuren en inkluderande och hållbar utveckling. Dilemmat som finns med dagens tillväxt är bland annat att det sker på bekostnad av miljön, figur 2 ovan illustrerar inom vilka gränser människan kan utvecklas och undvika dilemmat.

## 2.2 Måluppfyllelse

Utöver lagar styrs den offentliga verksamheten politik, beroende på vilka som sitter på politiska mandat påverkas utvecklingen åt olika håll vilket syns i hållbarhetsarbetet. De svenska miljömålen antogs 1999 av Sveriges riksdag i syfte att skapa ett ekologiskt hållbart samhälle (Jörby, 2002). Trots detta är det idag endast ett som verkar uppnås till 2020 (Naturvårdsverket, 2018), vilket tyder på att rådande strategier inte fungerar tillräckligt bra. Den studie som Jörby (2002) presenterat visar att Agenda 21 gav ett ökat fokus för miljöfrågorna i olika kommuner samt ett ökat deltagande i planering och

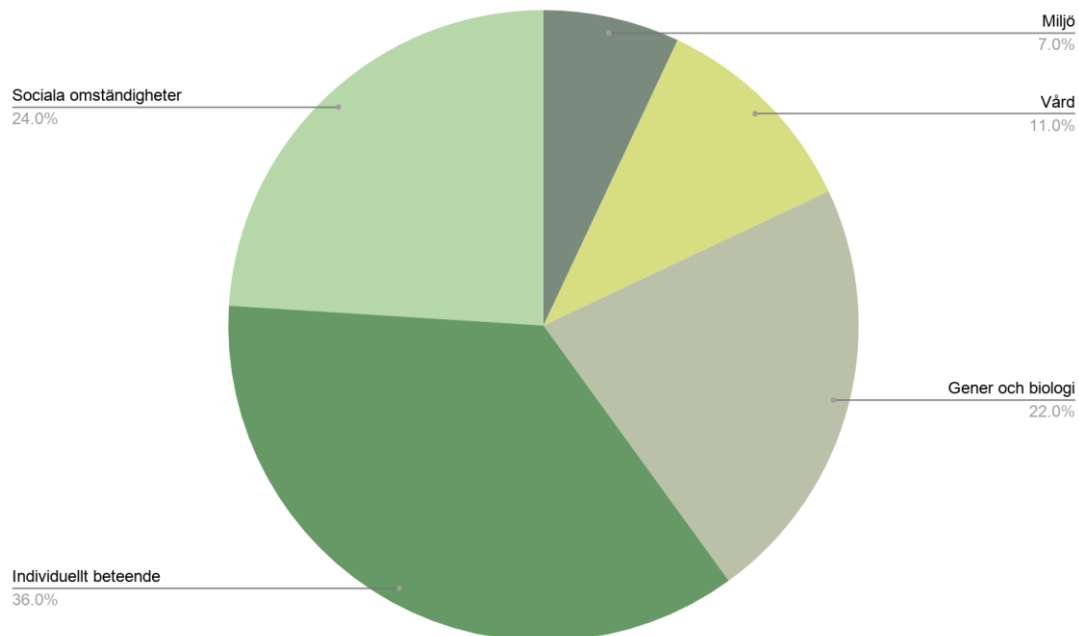
beslutsfattande. Hur stor inverkan det ökade fokuset för miljöfrågor fått för det slutgiltiga beslutsfattandet är dock oklart, och likt många andra projekt sker detta vid sidan av den dagliga verksamheten (ibid). I en av kommunerna gjordes rapporten som skulle leda till fortsatt arbete av en konsult, varvid den inte fick så stor genomslagskraft då det saknades förankring i organisationen (Jörby, 2002). Detta kan liknas vid Forssells et al. (2013) resonemang om projekt som det politiska samverkanskravets uppsamlingsplatser. De menar att projektformen inte är kompatibel med offentlig verksamhet då de finns motsatser mellan olika institutionella logiker. Vidare lyfter de fram att beslutsfattare måste vara närvarande och engagerade för att ett projekt ska vara framgångsrikt och utvecklingsfrämjande, samt att det snarare är fortsatt tillgång till finansiering som ligger till grund för ett projekts kvarvarande än faktiska resultat (ibid). Studien som Jörby (2002) gjort går i enighet med Forssells et al. (2013) resonemang, idéer från Agenda 21 implementerades bäst i de kommuner där politiker med stort inflytande visade intresse för frågorna och tog ansvar för miljöarbetet.

Det finns flera problem som bör lyftas fram här som handlar om arbetsprocessen och synsättet som de globala agendorna frammanar. Lenninger (2018) lyfter en kritik som handlar om att vi främst verkar fokusera på symptomen snarare än problemens kärna. Hon menar att vi står kvar med de olösta frågorna om fred, rättvisa, jämlikhet och fattigdomsbekämpning vilka är viktiga frågor för hållbarheten som antogs av FN redan 1948 (ibid). Ur formuleringarna går att läsa en viss kritik gentemot överstatliga konferenser och alla de resurser som avsätts för att sätta viktiga samhällsfrågor i centrum (ibid). En annan problematik gällande samhällsutvecklingen lyfts av Wangel et al. (2018) som handlar om att planering som baseras på prognoser tenderar att bli självuppfyllande. De exemplifierar med att planera efter prognoser som pekar på ökade volymer av biltrafik som blir självuppfyllande. Om prognosen visar på ökad biltrafik kommer nya bilvägar byggas för att undvika framtida trängsel, vilket i sin tur leder till att trängseln minskar och biltrafiken kan öka igen och därmed är prognosen uppfylld. Det är därför bättre att använda sig av det som kallas "backcasting". Genom att skapa en vision för hur målet med samhällsutvecklingen bör vara för att sedan arbeta sig tillbaka till nutid och sätta upp delmål för att uppnå visionen (Wangel et al., 2018).

## **2.3 Hälsans bestämningsfaktorer**

WHOs Kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer har fastslagit att det finns ett samband mellan de faktorer som påverkar hälsan och den ojämlika fördelningen, de så kallade sociala bestämningsfaktorerna (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Socioekonomi och miljöfaktorer inklusive livsstil, är de enskilt största förhållanden som påverkar människors hälsa sett till olika grupper i samhället (Whitehead, 1991; Choi och Sonin, 2019). När olika grupper i samhället systematiskt har olika livsvillkor och levnadsvanor skapas ojämlikhet i hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018). I och med att ohälsa kan härledas till sociala bestämningsfaktorer förflyttas ansvaret för arbete för en jämlik hälsa från hälsosektorn till de sektorer som på olika sätt kan förbättra förutsättningarna och implementera åtgärder för en jämlik hälsa (Statens

folkhälsoinstitut, 2008). Att ohälsa kan härledas till sociala bestämningsfaktorer visar hur arbetet för jämlik hälsa delvis ligger bortom medicinska lösningar. Genom att anknyta hälsa till sociala bestämningsfaktorer blir det även en fråga om social rättvisa där jämlik hälsa (frånvaron av undvikbara skillnader i hälsa bland sociala grupper) blir en viktig princip (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Till följd av att flytta fokus från den direkta orsaker till ohälsa till hälsans sociala bestämningsfaktorer kan man förstå människors olika förutsättningar till en god hälsa och se vilka samhälleliga insatser som är nödvändiga för en jämlik hälsa (ibid).



**Figur 3 Hälsans bestämningsfaktorer fördelade. (Bearbetad och översatt version efter Choi och Sonin, 2019).**

I figur 3 syns hur stor del olika faktorer påverkar hälsan hos individer, figuren visar att majoriteten av faktorerna som påverkar hälsan är bortom det som kan kopplas till medicinsk vård såsom individuellt beteende, sociala omständigheter samt gener och biologi. De faktorer som påverkar hälsan minst enligt figuren är miljö och vård. Modellen är framtagen av Choi och Sonin (2019) i syfte att skapa en visualisering över de komplexa system som utgör hälsans bestämningsfaktorer. Figur 3 visar dock inte vad som påverkar det individuella beteendet eller sociala omständigheter, utan bara att det är dessa som påverkar hälsan mest.

I en studie om den ojämlika hälsan och dess orsaker bör man att skilja på en faktors direkta och indirekta konsekvenser för hälsan, detta är dock inte helt enkelt. Att lyfta fokus från den omedelbara orsaken till sjukdom till bakomliggande sociala strukturer kräver en analys över ohälsa hos individer kopplat till vardagsrutiner, boendesituation och andra livsvillkor och levnadsvanor. Ett exempel är att utbildning verkar bli en allt vanligare bestämningsfaktor för hälsa, där hög utbildning indikerar god hälsa och låg utbildning sämre hälsa (Malmö stad, 2013). Utbildning kan dock också ge

förutsättningar för att man får ett bättre arbete och av det skälet en bättre hälsa (ibid). Vilket som ska identifieras som hälsans bestämningsfaktor är i det här fallet oklart, det går dock att tänka kring hälsans bestämningsfaktorer i relation till syftet med definitionen, i den här studien är syftet kopplat till hållbar stadsutveckling och det är således de bestämningsfaktorer som samhället direkt kan påverka som är av intresse.

I relation till det nationella folkhälsomålet (att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen) bör bestämningsfaktorer vara de där samhället har direkt möjlighet att påverka en individ som sedan kan mynna ut i fler positiva indirekta effekter. Toivanen et. al (2012) skiljer på dessa genom *bestämningsfaktorer* och *sociala bestämningsfaktorer*. Bestämningsfaktorer är de som är kopplade till den enskilda individen så som alkoholvanor, sociala relationer, rökning och liknande. Sociala bestämningsfaktorer är istället kopplade till samhälleliga strukturer såsom utbildningssystemets utformning, socialpolitik och boendemiljöns kvalitet (ibid). Det är viktigt att identifiera hälsans sociala bestämningsfaktorer för att kunna se utvecklingen i folkhälsoklyftor, trots en förbättrad folkhälsa säger måttet inte någonting om fördelningen av hälsa och hälsostatus mellan olika grupper i samhället (Rågsjö et al., 2017). Det är således genom att se till hälsans sociala bestämningsfaktorer den ojämlika hälsan kan undersökas. Genom att följa olika sociala gruppers hälsa kan den ojämlika hälsan synliggöras ur ett rättviseperspektiv. På grund av en ojämn fördelning av hälsans sociala bestämningsfaktorer i samhället synliggör redovisning av hälsa fördelat på olika grupperingar i samhället hur rättvist det är (Arcaya et al., 2015). Det är dock inte helt oproblematiskt, för att möjliggöra en analys av det här slaget måste man kunna identifiera och dela in människor i olika sociala grupper. Att komma på vilka dessa grupperingar är och vilka sociala bestämningsfaktorer som ligger till grund för indelningen kan vara en svår uppgift (ibid). De sociala bestämningsfaktorerna för hälsa definieras som de förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras och de välfärdssystem som finns för att hantera ohälsa (WHO, 2008 i Toivanen et al. 2012:14).

Figur 4 nedan visar faktorer som påverkar hälsan, illustrationen visar att det handlar om allt från individens egna livsval till mer generella förhållanden som är avgörande för hälsotillståndet.



**Figur 4** Hälsans bestämningfaktorer på olika nivåer (Bearbetad och översatt version efter Dahlgren och Whitehead, 1991)

Särskilt intressant med modellen i figur 4 är faktorer kopplade till livsvillkor som är i mitten av modellen: ålder, kön och arv då dessa påverkar hälsan men är inte påverkbara i sig (Dahlgren och Whitehead, 2007). Livsvillkoren går att skilja från de andra faktorerna genom att samhället inte kan ändra på dessa, det vore oetiskt och problematiskt. Därefter syns det som kallas för levnadsvanor vilket är faktorer som samhället kan påverka indirekt, genom exempelvis rökförbud eller särskilda regler för när och hur alkohol får säljas. Därefter finns sociala nätverk samt livs- och arbetsförhållanden såsom arbetsmiljö och utbildning, vilket är faktorer som samhället kan påverka, det är dessa som kallas de sociala bestämningfaktorer. Med det yttersta lagret menas generella förutsättningar som beror på vilket land man bor i eller i vilken del av världen.

Modellen i figur 4 ovan synliggör vilka olika faktorer som påverkar hälsan och visualiserar hur dessa kan delas in i olika grupperingar. Till modellen föreslås fyra politiska nivåer för att arbeta med de sociala bestämningfaktorer. På nivå 1 handlar det om långsiktiga strukturella förändringar som skatteförändringar och miljöavtal mellan länder; nivå 2 fokuserar på att förbättra bostads- och arbetsmarknadssituationen samt välfärdstjänster såsom socialtjänst och sjukvård och således täcka in många olika sektorer på nationell, regional och lokal nivå. Den 3e nivån är riktad till stödfunktioner som kan stärka sociala band i samhället för att kunna stå emot hälsorisker på ett sätt som enskilda individer har svårt att klara av själva. Den 4e och sista nivån handlar om att försöka påverka individens livsstil och attityd, trots att hälsan påverkas i hög grad av utomstående faktorer finns det en del individuella val som kan förhindra ohälsa eller

förbättra hälsan varvid den här nivån fokuserar på förhållningssätt och individens egna val (Dahlgren och Whitehead, 2007).

## 2.4 Uppföljning av hälsa

Vågerö (2017) föreslår i en av underlagsrapporterna till den nationella kommissionen för jämlik hälsa en modell som ska kunna följa upp hälsans ojämlikhet. En av problematikerna i detta är att samhället (och därmed också de sociala bestämningsfaktorerna) är i ständig förändring, en faktor som är aktuell ett år kan vara inaktuell bara några år senare, även om den spelat en stor roll för hälsans jämlikhet en viss period (Vågerö, 2017). En annan problematik är att ett enhetligt system inte blir applicerbart i alla samhällen, städer i Sverige ser exempelvis väldigt olika ut och kulturen skiljer sig mellan olika regioner. Dessutom kan sociala bestämningsfaktorer inte vara exakt samma i storstäder som på landsbygden. En återkommande rapportering av folkhälsa menar Vågerö (2017) bör byggas på rutinstatistik, den som kan samlas in löpande av administrativa myndigheter. Därefter ska en analys och bearbetning ske för att urskilja mönster och eventuellt tillsätta utredningar eller uppdrag för att förhindra en ökad ojämlikhet i hälsa. Det finns olika sätt att följa upp hälsoutveckling och olika indikatorer har sina för- och nackdelar. Valet av indikator bör göras beroende på vad uppföljningen ska användas till.

HDI är ett exempel på ett kvantitativt mått och står för human development index vilket baseras på livslängd, utbildningsnivå och BNP (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Gini-koefficient är ett annat kvantitativt mått och är en ekonomisk måttenhet på ojämlikhet där värdet kan vara 0 eller 1 (100 %). Om värdet exempelvis är 0 tjänar alla människor lika, d.v.s. total jämlikhet, om värdet är 1 är den 1 person som tjänar allt (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Studier som fokuserar på inkomstfördelning som en bestämningsfaktor för hälsa använder ofta gini-koefficient som summerar inkomstojämlikhet (Arcaya et al., 2015). Både HDI och gini-koefficient används ofta i syfte att göra jämförelser mellan länder.

Inom nationalekonomi finns en disciplin som analyserar hälsa och sjukvård vilken kallas för hälsoekonomi (Folkhälsomyndigheten, 2019). Syftet med disciplinen är att skapa en metod för att kunna göra prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssektorn då behovet av vård ökar och samhällets resurser är begränsade (ibid). Det finns olika typer av hälsoekonomiska utvärderingar, kostnadsnyttoanalys och kostnadseffektanalys är två exempel på hur man kvantitativt mäter nyttan av olika hälsoinsatser.

Måttet kostnadsnyttoanalys kombinerar två dimensioner av hälsa - livskvalitet och livslängd. QALY (quality-adjusted life years) används ofta vilket går ut på att multiplicera ett levnadsår med livskvaliteten under det året. Livskvaliteten är ett mått mellan 0 och 1, om någon lever 5 år med 80 % livskvalitet vikt har den 4 QALY (Folkhälsomyndigheten, 2019). Relaterat till detta finns "Healthy life expectancy" visar uppgifter om självs kattad hälsa i kombination med data över dödlighet som visar det



antal år man förväntas leva med god hälsa (Vågerö, 2017). Genom att kombinera förväntad livslängd och “healthy life expectancy” menar Vågerö (2017) skulle kunna ge en mer detaljerad statistisk uppföljning vilket skulle vara en bra grund för det utvecklingsarbetet hälsouppföljning står inför. Det skulle kunna synliggöra om det och i så fall vilka befolkningsgrupper som är utsatta för vilka hälsoproblem i arbetet att styra makt och resurser mot ojämlikhet i hälsa menar Vågerö (2017) dock att det krävs mer komplexa mått på hälsa, det blir särskilt viktigt när olika insatser ska vägas mot varandra och åtgärder ska prioriteras där de gör mest nytta.

Det finns även olika kvalitativa mått på hälsa. Region Skåne genomför regelbundet folkhälsoenkäter i syfte att kartlägga skåningarnas självskattade hälsa vilket kan ses vara ett exempel på detta. (Region Skåne, 2008). Målet är att det ska utgöra en grund för folkhälsoarbetet i regionen och följa hälsotillstånd som inte kan mätas med kvantitativa mått vilket innefattar både bl.a. miljöfaktorer och levnadsvanor. De senaste åren har folkhälsoenkäterna dock inte prioriterats, varvid den senaste är från 2013 (Region Skåne, 2015).

Att kvalitativt mäta hälsa kan göras genom en sammanvägning av olika mått som viktas beroende på hur de värderas för respektive utredning. Vilket mått som är lämpligt att användas ska bero på vilket syftet är med mätning och uppföljning (SCB, 2017). Sedan vårpropositionen 2017 arbetar regeringen med så kallade välfärdsindikatorer som syftar till att belysa nya sätt att se på samhällsutveckling, människors livskvalité och ekonomins hållbarhet som komplement till det traditionella BNP-måttet (ibid). Även i årets vårproposition (Prop 2018/19:100) som riksdagen fattar beslut om i juni finns dessa 15 mått med, redovisade i tabell 3 nedan.

**Tabell 2 Sveriges välfärdsindikatorer (Prop 2018/19:100)**

Ekonomiska mått	Miljömässiga mått	Sociala mått
BNP per capita	Luftkvalitet	Låg ekonomisk standard
Sysselsättningsgrad	Vattenkvalitet	Självskattad allmän hälsa
Arbetslöshet	Skyddad natur	Utbildningsnivå
Hushållens skuldsättning	Kemikaliebelastning	Mellanmänsklig tillit
Maastrichtskulden	Utsläpp av växthusgaser	Nöjd med livet

Utöver det traditionella måttet BNP på landets ekonomi föreslås sysselsättningsgrad, arbetslöshet, hushållens skuldsättning vilket är indikatorer mer kopplade till människor och deras vardagssituation. Maastrichtskulden är den sammanlagda skulden över hela den offentliga sektorn (staten, kommunerna och landstingen) (Regeringen, 2019). De miljömässiga måtten visar hur naturen påverkas av olika system som samhället har, både för människor och djur- och naturliv. De sociala måtten är de indikatorer som främst kan kopplas till den här uppsatsens ämne. Med låg ekonomisk standard menas den grupp människor som har lägre inkomst än 60 % av medianinkomsten (Prop 2018/19:100). Sverige har en hög självskattad god hälsa i jämförelse med resten av EU, det är dock ändå en viktig indikator då resultaten skiljer sig åt beroende på bland annat kön och födelseland (ibid). Utbildningsnivå är utöver en välfärdsindikator även en

indikator som också kan synliggöra att hälsan hos befolkningen är ojämnt fördelad. Mellanmänsklig tillit och nöjd med livet är subjektiva faktorer som visar hur människor uppfattar sin omgivning och sig själva i den.

Toivanen et al. (2012) skriver i en av underlagsrapporterna till Malmökommissionen att det kan vara intressant att applicera ett genusperspektiv för analys av hälsoskillnader. Mannen har historiskt utgjort normen för människan och detta har traditionellt även gället för medicinsk forskning och vård, trots att det idag görs insatser för att ta itu med denna problematik finns ett visst motstånd (ibid). Vård och medicin har ansetts som naturvetenskaplig neutral mark grundad på objektivitet och att föra in ny kunskap och bryta den systematiska ojämlikheten inom vård och medicinsk forskning karaktäriseras av en tröghet (ibid). Genussystemet påverkar hälsan och om kunskap om genussystemet används för att förstå bakgrunden till olika beteenden kan åtgärder riktas mot orsaker istället för på konsekvenserna (ibid).

### 3. METOD

I den här delen av uppsatsen görs en redogörelse för vald metod. Den följs av en reflektion samt analys av hur detta kan ha påverkat uppsatsens resultat och diskussion som återfinns i kapitel 4 *För en jämlik hälsa*. Det är viktigt att beskriva forskningsprocessen noggrant i en kvalitativ studie så att läsaren själv kan bedöma dess trovärdighet (Patel och Davidson, 2011). I hopp om att öka studiens validitet presenteras här hur intervjupersoner valts ut och i vilka situationer dessa har intervjuats, i vilken kontext studien är gjord, hur information har samlats in, hur analysen gjorts samt hur resultaten har redovisats.

#### 3.1 Utgångspunkt och kontext

Uppsatsen antar ett uppsökande perspektiv där studien är gjord i olika steg. Jag har varit intresserad av att ta reda på dels hur man mäter hälsa och dels vilka faktorer som används för att göra detta. För att utifrån den diskussionen se vem som ansvarar för en jämlik hälsa i samhället och vilka aktörer är inblandade i det arbetet. Därefter kunna dra slutsatser kring hur man bör arbeta för jämlik hälsa. För att kunna svara på mina huvudfrågeställningar menar jag att dessa steg har varit nödvändiga då det idag varken finns en tydlig definition av vad jämlik hälsa är, inte heller en tydlig process för hur arbetet ska följas upp. Tillvägagångssättet kan kopplas till det som inom samhällsvetenskapen kallas för fenomenologi vilket är användbart inom områden som hälsa där tillvägagångssättet lägger stor vikt vid personliga erfarenheter och individers uppfattningar (Denscombe, 2018). Uppfattningar och åsikter, attityder och övertygelser, känslor och emotioner lägger fenomenologin särskild vikt vid (ibid) vilket är vad studien fokuserar på. För att förstå hur Malmö stad går från den teoribaserade Malmökommissionen som bestod av främst forskare inom olika fält till daglig verksamhet har ett subjektivt perspektiv varit nödvändigt under intervjutillfällena. Utan att använda intervjupersonernas egen förståelse och tolkning av hur utvecklingsarbetet med jämlik hälsa och hur Agenda 2030-arbetet fungerar hade uppsatsen inte kunnat synliggöra problematiken. Mycket av det utvecklingsarbete som krävs för en mer jämlik hälsa och implementering av Agenda 2030 handlar om att ställa om sitt arbetssätt och tänka på nya sätt kring den ordinarie verksamheten. Intervjupersonernas medverkan haft stor betydelse för uppsatsens resultat då de utöver ovan nämnda faktorer även har kunnat förklara bakgrunden till olika dokument, vilket har gett mig ökad förståelse för det ofta omfattande arbete som ligger bakom rapporter och handlingar.

Malmö stad har gett konsultföretaget WSP i uppdrag att utvärdera effekterna av Malmökommissionen, uppdraget påbörjades i november 2018 och ska vara färdigt hösten 2019. WSP ska undersöka huruvida åtgärderna och de övergripande rekommendationerna faktiskt genomförts samt bedöma hur den ojämlika hälsan och hälsans bestämningsfaktorer har utvecklats sedan Malmökommissionen (Bodin et al., 2019). Uppdraget handlar således om att följa upp arbetsprocessen och se om man har gjort det som var tänkt. Den här studien syftar istället till att på ett mer teoretiskt plan

undersöka vad som menas med ojämlik hälsa och hur man kan arbeta med frågorna med Malmö stad som exempel.

## 3.2 Dokumentstudier

I ett försök att redogöra för de globala målens utveckling och hur arbetet med dessa har förändrats över tid samt över folkhälsoarbetets utveckling har en dokumentstudie gjorts. Äldre dokument som beskriver bakgrund och resultat av arbete med Agenda 21 har varit nödvändiga att läsa igenom och använda. Att tillämpa dokumentforskning är användbart då den information som finns inte är lika flyktig och övergående som en intervju (Denscombe, 2018) vilket underlättar för läsaren då denne själv enkelt kan gå till ursprungskällan. Till detta har forskning använts för att knyta fenomen till teoretiska utgångspunkter. Fyra grundläggande kriterier kan användas för att utvärdera trovärdigheten (ibid):

- Autenticitet
- Representativitet
- Innebörd
- Validitet

De dokument som har använts har granskats utifrån kriterierna ovan under arbetets gång. I det fall där det har ansetts vara nödvändigt för mig att förstå dokumentets syfte, sociala kontext och/eller vilket intresse författaren har haft när hen skrivit texten har en introduktion till dokumentet eller författaren gjorts i texten. Detta för att källor inte ska feltolkas då det skulle kunna leda till missförstånd eller skapa en felaktig bild av något fenomen.

### 3.2.1 Litteraturgenomgång

Inledningsvis har en bred och fri litteraturöversikt gjorts i olika databaser för att få en förståelse för undersökningsområdet. Sökmotorer på internet som exempelvis Google scholar har använts i kombination med sökord både på svenska och engelska. Bibliotekssök har gjorts inom SLU, Lunds universitet och Malmö universitet för att få tag i elektroniska källor inom de mest väsentliga teorierna om sociala bestämningsfaktorer, uppföljning inom kommunala processer samt social hållbarhet. Nyckelbegreppen ojämlik hälsa, jämlik hälsa, folkhälsa, social hållbarhet, uppföljning och utvärdering har använts i olika hemsiders sökfunktion. Region Skåne är en viktig aktör vid insamlandet av data över folkhälsa i Skåne, varvid nyckelbegreppet folkhälsa användes på hemsidans sökfunktion. Malmö stad har en hemsida som handlar om deras arbete kopplat till Malmökommissionen. På hemsidan har Malmökommissionens slutrapport och underlagsrapporter återfunnits. Malmö stad refererar till internationella rapporter från bl.a. FN och WHO varvid även dessa granskades.

Litteratur till kapitel 2 Teori har hämtats från forskningsrapporter och vetenskapliga artiklar för att få en förståelse för problemområdet. En del litteratur har hämtats från

undervisning i mastersprogrammet i hållbar stadsutveckling vid Sveriges Lantbruksuniversitet. En del litteratur har hämtats från regeringens och riksdagens hemsida som är kopplat till offentliga beslut och lagar kopplat till folkhälsoarbete. På hemsidorna har sökorden folkhälsa och jämlik hälsa använts som sökord. Specifika lagar som andra rapporter har hänvisat till har hittats på riksdagens hemsida. Hälsans sociala bestämningsfaktorer och hur man kan tänka kring och arbeta med hållbar utveckling har identifierats som särskilt intressant för uppsatsen och vilket kan tydas i den litteratur som används. Teorierna har även valts med utgångspunkt i min bakgrund inom samhällsplanering, vilket har inneburit att teori kring samhällets roll och samhällssystemets funktion har använts. Den litteratur som främst kan kopplas till detta är forskning om hur projekt kan bedrivas i kommunala organisationer är Forssell et al., 2013 samt forskning kopplat till implementering av Agenda 2021 från Jörby, 2002 vilket går att läsa om i kapitel 2 Teori. Perspektiv på social hållbarhet och utveckling har främst hämtats från Jackson (2011) samt Raworth (2017).

Teorier om utvärdering och jämlik hälsa har valts på grund av dess relevans för studiens valda undersökningsområde. Litteratur kopplat till detta har varit forskningsrapporter från WHO och en del av Malmökommissionens rapporter, även nationella kommissionen för jämlik hälsas rapporter används i uppsatsen. För att ge en bild av hälsa kopplat till stadsutveckling har litteratur kopplat till hälsans sociala bestämningsfaktorer använts från Dahlgren och Whitehead, 2007, Arcaya et al., 2015 samt Choi och Sonin, 2019.

Uppsatsen kan utifrån detta anses vara tvärvetenskaplig. Stadsutvecklingens roll och ämnet kring hållbar utveckling sätts i relation till hälsans utveckling som handlar om förståelse för folkhälsa och hälsans bestämningsfaktorer.

Uppsatsen har även använt dokument, rapporter och enstaka tidningsartiklar för att ge en bild av hur utvecklingen inom folkhälsoarbetet och Agenda 2030 ser ut lokalt och globalt. Dokument online från webbsidor har använts för att ge studien grundläggande information om hållbarhet och folkhälsoarbete - både på internationell, nationell och lokal nivå. Policydokument såsom Agenda 2030 samt lagar och förslag till lagar är också dokument som har använts. Utöver detta har WSP delat med sig av en del interna dokument såsom uppdragsbeskrivning till utvärderingen av Malmökommissionen vilken har använts för att förstå arbetsprocessens omfattning.

Officiella dokument från myndigheter och offentlig förvaltning, främst Folkhälsomyndigheten och Malmö stad, har använts för att ge en bild av vad folkhälsa är och hur man arbetar med folkhälsofrågor. Det nationella folkhälsoarbetet har genomgått en del förändringar senaste året varvid en dokumentstudie över riksdagsbeslut har varit nödvändig. Det är kopplat till detta det politiska perspektivet görs då synen på vilken typ av åtgärder för folkhälsoarbetet kräver är intressanta att synliggöra. De politiska besluten visar sig också i studien ha stor betydelse för vad

Malmö stad har satsat på, varvid dessa har varit nödvändiga att ha med för att göra kopplingen mellan vad som har hänt och varför.

### **3.3 Kvalitativa intervjuer**

Syftet med att göra intervjuer för den här uppsatsen är att skapa en förståelse kring hur man arbetar med frågorna som berör utvärdering, uppföljning och arbete för en jämlik hälsa. Samt för att förstå kopplingen mellan forskning och kommunens roll i arbetet. Studien önskar söka svar på olika människors verklighet och erfarenhet kring frågor kopplade till jämlik hälsa och Agenda 2030 varvid semistrukturerade intervjuer har valts som metod så att intervjupersonerna inte leds in på för specifika frågor. Då syftet är att upptäcka och identifiera egenskaper och intervjupersonernas uppfattningar är det ett induktivt arbetssätt (Patel och Davidson, 2011). Med det menas att formuleringar och svarsalternativ inte kan formuleras på förhand utan det är intervjupersonen som avgör vad som är det sanna svaret på frågorna (ibid).

#### **3.3.1 Urval**

För studien är det viktigt att intervjupersonerna vill delge så mycket information som möjligt varvid det fanns en poäng med att i urvalet ta hänsyn till deras vilja av att berätta. Urvalet baserades på de som nu eller tidigare anses spela en betydande roll för Malmö stads arbete med jämlik hälsa och implementering av Malmökommissionens mål och åtgärder. Urvalsmetoden kallas subjektivt urval vilket innebär att intervjupersonerna är handplockade för ämnet (Denscombe, 2018). Samtliga intervjupersoner har gett sitt samtycke att delta i studien med namn enligt vad som kallas för god praxis inom forskningsetik (ibid). De har även gett sitt godkännande att bli citerade med namn och haft möjlighet att läsa igenom citat innan slutlig version har lämnats till universitetet. Nedan följer en presentation av studiens 4 intervjupersoner.

Eva Renhammar är en person med mycket god insyn i Malmö stads arbete med jämlik hälsa då hon varit anställd inom kommunen under många år. Hon är f.d. strateg på hållbarhetskansliet och var innan dess chef för folkhälsoenheten. Hon satt även med i Malmökommissionens sekretariat och fick uppdraget att hålla i arbetet med implementeringen av att föra Malmökommissionens arbete vidare inom Malmö stad. Idag har hon en rådgivande roll till Malmö stads arbete med jämlik hälsa bland annat i den pågående utvärderingen. Intervjun gjordes 2019-03-05 på stadshuset i Malmö och pågick i 1 timme.

Den andra intervjun hölls med Jessica Pettersson som även hon är anställd inom Malmö stad och har särskilt arbetat med Malmökommissionen i sin verksamhet. 2015 jobbade hon centralt med utvecklingsfrågor på fastighetskontoret och var med i processen när kommissionens rekommendationer skulle omsättas i praktiken. Intervjun gjordes 2019-03-15 på telefon och varade i 30 minuter.

Anna Balkfors är studiens tredje informant och jobbar idag som strateg på stadskontoret i Malmö på kansliet för hållbar utveckling. På stadskontoret arbetar hon främst med sociala investeringar och är beställare av den utvärdering av Malmökommissionen som WSP gör. Hon är även kommundoktorand för hälsa och samhälle på Malmö universitet och forskar kring sociala investeringar och jämlik hälsa. Balkfors har även ett regeringsuppdrag där hon är ledamot i den nationella kommissionen för jämlik hälsa som är tillsatt av finansdepartementet. Intervjun gjordes 2019-03-27 på stadshuset i Malmö och pågick i 50 minuter.

Karin Stomberg är utvecklingssekreterare på förskoleförvaltningen i Malmö stad och arbetar med bland annat Familjecentralerna vilken är en av de verksamheter som Malmökommissionen föreslog att man skulle fortsätta utveckla. Hennes roll handlar om social hållbarhet på Förskoleförvaltningen där hon arbetar övergripande med olika frågor och är placerad på kommunikationsavdelningen. Intervjun gjordes 2019-04-09 på Förskoleförvaltningen i Malmö och pågick i 1 timme.

Eva Renhammar och Anna Balkfors är de två personer som står som kontaktpersoner på majoriteten av Malmö stads sidor som handlar om Malmökommissionen varvid de ansågs som relevanta för studien. Båda har tidigare arbetat med folkhälsofrågor och var med i Malmökommissionens sekretariat och har därför god insyn i förändrade fokus för folkhälsoarbetet samt arbetsprocessen kring Malmökommissionen. Kontakten med Jessica Pettersson och Karin Stomberg är ett resultat av ett så kallat snöbollsurval som innebär att deltagare hänvisar till potentiella deltagare (Denscombe, 2018). De är utvalda på grund av sin expertis och sitt intresse för ämnet, där Pettersson omnämndes<sup>1</sup> som en person med särskild erfarenhet av att arbeta med Malmökommissionen i sin egen verksamhet som traditionellt inte är direkt kopplad till folkhälsa. Stomberg arbetar med en verksamhet som vid flera tillfällen har omnämnts<sup>2</sup> som betydelsefull i sammanhang där resultaten av Malmökommissionen diskuterats. För att belysa hur Malmökommissionen har spridit sig till olika verksamheter ansågs dessa två personer som relevanta. Tack vare snöbollsurval så fick jag kontakt med intervjupersonerna på ett smidigt sätt, eftersom de blivit rekommenderade av sina kollegor. De var också alla väldigt intresserade av att bli intervjuade, jag tror det hade varit mycket svårt att hitta till intervjupersonerna på egen hand. På grund av deras intresse för Agenda 2030 och Malmökommissionen kan urvalet dock ge en snedvriden bild av hur integrerat arbetet med jämlik hälsa är inom Malmö stad. Mina resultat riskerar på grund av detta att visa ett läge där Malmökommissionens mål och åtgärder har implementerats och där de anställda på Malmö stad (mina intervjupersoner) är väl införstådda med problematiken kring ojämlikheter i hälsa och vad som behöver göras. Om istället ett slumpmässigt urval hade använts kan det empiriska materialet visat en hel annan bild. Då syftet med uppsatsen är att använda Malmö stad som ett exempel för hur en kommun kan arbeta för

---

<sup>1</sup> Under intervju med Eva Renhammar

<sup>2</sup> Under intervju med Eva Renhammar och Anna Balkfors

en jämlik hälsa anses intervjupersonerna vara lämpliga trots en möjligt snedvriden bild av hur arbetet ser ut, detta tas upp igen i kapitel 5.2 *Avslutande metoddiskussion*.

### **3.3.2. Genomförande**

Innan jag inledde intervjun upplyste jag om min studies syfte och vad det är jag vill undersöka. Intervjupersonerna informerades också om min relation till WSP samt att jag tagit del av delar av materialet från den pågående utvärderingen, men att min studie handlar mer om att undersöka arbete för en mer jämlik hälsa med Malmö som exempel, snarare än att utvärdera deras arbete. En sammanfattning av informationen som getts ut inför intervjun återfinns i kapitel 7, bilaga.

I en intervjusituation är det viktigt att visa förståelse och intresse för personen som intervjuas (Patel och Davidson, 2011). För att den här studien ska kunna dra nytta av intervjuerna har det varit viktigt att intervjupersonerna är bekväma att dela med sig av både framgångar och motgångar i arbetet med jämlik hälsa och Agenda 2030. Valet av kvalitativa intervjuer som metod har som syfte att skapa en förståelse kring hur olika verksamma människor arbetar med social hållbarhet, varvid det varit viktigt att jag som genomfört intervjuerna har varit förstående och i största möjliga mån neutral eller positiv till svaren som ges under intervjutillfället. En ogillande blick eller förvånad höjning av ögonbrynet kan riskera att intervjupersonen reagerar med försvarsattityd inför frågorna som följer (ibid). Under en intervjusituation är det även viktigt att tänka på vilka frågor som ställs då beroende på hur de är utformade kommer påverka intervjupersonens möjlighet att själv tolka beroende på sin inställning och/eller tidigare erfarenheter kring ämnet (ibid). Hur frågorna är utformade kallas för grad av standardisering och hur stor utsträckning frågorna ger tolkningsutrymme kallas strukturering (ibid). Intervjufrågorna har haft låg grad av standardisering för att ge intervjupersonerna möjlighet att använda egna formuleringar och tankegångar. Intervjusituationerna skiljer sig något åt gällande grad av standardisering, det har funnits en förutbestämd intervjuguide men under några tillfällen har den frångåtts och frågor ställts i omvänd ordning för att skapa ett bättre flyt under intervjun. En del frågor har också undvikits helt för att lägga fokus på något annat i de fall då frågan redan anses vara besvarad av någon annan. Intervjuerna har hållits på intervjupersonernas arbetsplatser där informanten är bekväm samt i stängda mötesrum för att undvika att bli störda. En av intervjuerna hölls på telefon då informanten inte hade möjlighet att träffas, genomförandet var därför lite annorlunda och anteckningar togs under intervjun. Vid en telefonintervju är det svårt att anteckna och lyssna samtidigt, därför var telefonintervjun kortare än de andra. Under de tre intervjuer som hölls genom ett möte spelades ljudet in för att sedan transkriberas, informanterna gav sitt samtycke till detta innan intervjun började.

### **3.3.3 Validering**

I kvalitativ forskning har begreppen reliabilitet och validitet en liknande innebörd. En del förespråkar användning av autenticitet eller förståelse för att täcka in både det man



brukar mena med validitet och reliabilitet (Patel och Davidson, 2011) Jag har valt att använda begreppet validitet i diskussionen om min metod och material. Validiteten i en kvalitativ studie omfattar hela processen, inte bara datainsamlingen. Studien har använt sig av det som inom metodologisk diskurs kallas för triangulering. Det kan betyda en sammanvägning av data från intervjuer och dokument för att visa samma eller motsatta fenomen (ibid). I den här studien har triangulering varit viktigt för att urskilja eventuella skillnader mellan dokument som beslutats på exempelvis politisk nivå efterföljs i verkligheten.

Samtliga intervjuer gjordes mellan den 5:e mars och den 9:e april 2019. Transkribering har gjorts av 3 av intervjuerna för att intervjupersonerna skulle ha möjlighet att gå igenom sina svar så att ingenting har missförstått eller behöver ytterligare förklaring. Transkriberingen har gjorts grundligt där varje resonemang har skrivits ut, dock utan att skriva ut saker som pauser och skratt. Om meningar har börjat med "eh", "och" eller liknande ord som snarare hör till talspråk än skriftspråk har dessa inte tagits med för att underlätta läsningen av transkriberingen. Detta ökade värdet av texten som intervjuerna ledde fram till då det underlättade bearbetningen och analysen av intervjuerna. För att säkerställa att jag har tolkat intervjupersonerna rätt har dessa fått möjlighet att läsa igenom både hela det transkriberade materialet och se hur informationen används i sitt sammanhang. Patel och Davidson (2011) kallar detta för kommunikativ validitet vilket innebär att de personer som ingått i studien fått ta del av resultaten. Min förhoppning är att läsaren i och med den här redogörelsen kan förstå arbetsprocessen vilket i sin tur förhoppningsvis ökar studiens trovärdighet.

Jag har en hermeneutisk ansats i min relation till intervjupersonerna som också speglar hur intervjuerna analyseras. Jag tror inte att det är möjligt att skilja mina åsikter och förutfattade meningar när intervjuerna analyseras på grund av min utbildningsbakgrund och intresse för social hållbarhet. För att färga den kvalitativa intervjun i så låg grad som möjligt är det viktigt att känna till sin förförståelse innan intervjutillfällena (ibid). Inför varje intervjutillfälle har jag därför skrivit ner mina förutfattade meningar och hur mina förkunskaper kan påverka intervjun. Med ett hermeneutiskt synsätt har jag också kunnat dra nytta av att ge egna exempel från mina erfarenheter och skapa en medkänsla för att nå fram till resonemang. Som hermeneutiker är det dock viktigt att inte spela på medkänsla för att påverka intervjupersonen samt reflektera över sin roll, detta görs i metoddiskussionen nedan (Patel och Davidson, 2011).

### **3.3.4 Intervjuanalys**

I de fall där det har varit möjligt har transkribering och analys påbörjas direkt efter intervjutillfället för att dra nytta av minnet från intervjun. En av fördelarna med att direkt påbörja analys av materialet är att de kan ge idéer om hur man ska gå vidare med datainsamlingen (Patel och Davidson, 2011). För mig har den direkta analysen lett till nya frågor som ställts till nästa intervjuperson, jag har också kommit på vilka dokument jag borde läsa inför nästa intervju. Patel och Davidson (2011) skriver även att det kan vara svårt att motivera intervjupersoner att ställa upp och menar att det därför är viktigt

att klargöra syftet och relatera detta till intervjupersonens egna mål. Den arbetsprocess och synen på lärande i form av kunskapsallianser som Malmö stad vill att arbetet för jämlik hälsa ska präglas av är till min fördel, att det genereras studier i form av uppsatser kan ses gå i linje med önskan om kunskapsallianser. Materialet har analyserats genom att först sammanfatta transkriberingarna och därefter dela in citaten i kategorier. De kategorier som intervjumaterialet delats in i är:

- Malmö stad och Malmökommissionen
- Det fortsatta arbetet med jämlik hälsa
- Agenda 2030
- Uppföljning

Kategorierna valdes ut både baserat på de förutbestämda intervjufrågorna och transkriberingarna. Intervjufrågorna, som finns i bilaga, baseras på den empiriska information som framkommit i inledande dokumentstudier. Där upptäcktes en skillnad mellan före och efter Malmökommissionens slutrapport (som släpptes 2013). Den första kategorin "Malmö stad och Malmökommissionen" handlar om arbetet inför och under kommissionens arbete vilket handlar främst om förståelse för jämlik hälsa och hälsans sociala bestämningsfaktorer. "Det fortsatta arbetet med jämlik hälsa" handlar om hur kommunen har gått vidare efter slutrapporten 2013 angående implementering av nya arbetsprocesser och tankesätt. "Agenda 2030" är en egen kategori då även detta är ett nytt sätt att arbeta mot och innehåller globala faktorer vilket ställer andra krav på konkretisering i arbetet. Kategorin "uppföljning" är en egen kategori då den har särskild typ av teori och forskning kopplad till sig, vilket handlar om kommunala uppföljningsprocesser men också om olika sätt att mäta hälsa. Utifrån det empiriska materialet i transkriberingarna har således de slutgiltiga kategorierna valts ut. I transkriberingarna blev det tydligt vilka områden som tog mycket plats under intervjun, både för att de var intressanta utifrån uppsatsens ämne men också för att där fanns mycket information. Innehållet från transkriberingarna och således det empiriska materialet ligger till grund för de fyra valda kategorierna.

Det material som skapades efter denna process är det som har legat till grund för uppsatsens analys - kapitel 4. För en jämlik hälsa. Genom kategoriseringen fick materialet en mer tydlig struktur och synliggjorde den sammanvägda informationen från de olika intervjuerna vilket gav materialet mer tyngd. Kategoriseringen hjälpte även till att ta bort delar av intervjun som inte är relevant för uppsatsen.

### 3.4 Metoddiskussion

Under november 2018 till januari 2019 praktiserade jag på konsultföretaget WSP och fick chansen att följa den inledande perioden av den utvärdering som pågår av arbetet efter Malmökommissionen. Utvärderingen *Malmö stads arbete med social hållbarhet och jämlik hälsa, med Malmökommissionen som hävstång* inleddes under 2018 och ska vara slutfört i slutet av 2019. Den här studien undersöker frågan ur ett bredare

perspektiv där metoden snarare handlar om att se hur arbetet med jämlik hälsa kan förstås och är ett försök att visa hur tätt sammankopplat frågorna är till hållbar stadsutveckling. Den tidigare nämnda praktikperioden har haft stor betydelse gällande vilken kontext studien är gjord. Tillgång till material om Malmökommissionen och stöd i form av metodologiska diskussioner har bidragit till hur information har samlats in. Genom praktikperioden kom jag således i kontakt med mitt uppsatsämne och fick möjligheten att ha en biträdande handledare. Frågor om mätbarhet, social hållbarhet och synsätt på hur man kan arbeta med jämlik hälsa är frågeställningar jag har haft möjlighet att diskutera med min handledare på WSP vilket även har underlättat inramningen av uppsatsens studieområde. Tack vare praktikperioden har även jag på förhand haft möjlighet att sätta mig in i det fackspråk som är kopplat till det uppsatsen berör. Patel och Davidson (2011) hänvisar till etnometodologiska studier där det finns ett begrepp som kallas att "go native". Genom att vara insatt i språkbruk, kroppsspråk, liknelser, skämt och kunna referera till företeelser i samhället underlättas materialinsamlingen (Patel och Davidson, 2011). Under intervjutillfället kunde jag genom igenkänning följa resonemang och enkelt ställa uppföljningsfrågor. Under transkriberingen upptäcktes flera resonemang och information som jag inte uppfattade under intervjutillfället. Detta visar enligt mig vikten av att transkribera, då jag fick ut mer av intervjuerna än om jag bara hade fört anteckningar.

Mina resultat har påverkats av urvalet av intervjupersoner på grund av att jag ville ha personer som var insatta i Malmökommissionens arbete. Om istället ett slumpmässigt urval av intervjupersoner anställda på Malmö stad hade gjorts hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Det är därför viktigt att förstå att dessa slutsatser inte ger en fullständig bild av hur Malmö stad arbetar med jämlik hälsa, utan att det visar en del av hur man arbetar. Andra intervjupersoner hade förmodligen gett en annan bild av dels kopplingen mellan Malmökommissionen och de globala målen men dels också hur långt Malmö stad har kommit i arbetet. Ett resultat som möjligtvis hade kunnat se annorlunda ut är kopplingen mellan Malmö stads nuvarande arbetssätt och Malmökommissionen. Om ett slumpmässigt urval av intervjupersoner hade gjorts finns en risk att dessa inte sett att det nuvarande arbetssättet kan härledas till den arbetsprocess som föregicks av Malmökommissionen samt dess åtgärder och mål.

För att undvika att hamna i en intressekonflikt har jag inte låtit resultaten av studien påverkas av WSPs utvärdering och uppfattning av Malmö stads arbete efter Malmökommissionen. Deras utvärdering har pågått parallellt med min studie men har ett annat fokus då de utvärderar arbetet som bedrivits på kommunen, jag undersöker. Enligt Denscombe (2018) är det viktigt att man inte påverkas att tillhandahålla fynd som passar en eventuell mottagares behov i syfte att säkerställa en rättvis och objektiv undersökning av det empiriska materialet. Då min studie varken utvärderar WSPs eller Malmö stads arbete utan undersöker hur arbetet med jämlik hälsa kan göras menar jag att mina resultat inte påverkats av pågående utvärdering. Tack vare kontakten har jag fått tillgång till en del material som annars hade varit svårt att nå, har också fått möjligheten att se på kommunens arbete utifrån ett externt perspektiv. Jag hade hjälp

initialt av min kontakt på WSP för diskussion kring vad som menas med jämlik hälsa samt hur den pågående utvärderingen är uppbyggd. Jag fick även tips om en av mina totalt fyra intervjupersoner att intervjua från min handledare på WSP. I samband med att intervjuerna och analysarbetet påbörjades diskuterades detta inte med WSP. Detta gjordes medvetet för att inte hamna i en intressekonflikt.

Arbete med jämlik hälsa är nära kopplat till forskning och det finns idag inga vedertagna uppföljningsmetoder för hur arbetet ska bedrivas, vilket föranleder att det arbetssättet jag utgår från går i enighet med hur den pågående utvärderingen arbetar. Med hjälp av en extern aktör i form av konsulter kan nya perspektiv synliggöras, då processen att anlita en konsult också förhindrar att man arbetar i gamla strukturer. Det finns å andra sidan också risker då trots goda resultat tar man inte vid arbetet i den ordinarie verksamheten, då en extern konsult inte längre är närvarande. Malmö stad har ett fokus som handlar om att arbetet ska innebära ett lärande och fokus kunskapsallianser, och där en utvärderare har en annan syn där det snarare handlar om att arbetet görs med mer fokus på en slutprodukt. Ett ytterligare är att utan kopplingen till WSP finns det en risk att ett annat förhållningssätt till Malmö stad hade antagits. Förståelsen för hur man kan arbeta med jämlik hälsa har således påverkats av uppsatsens kontext och hur jag har kommit i kontakt med ämnet. Detta är dock oundvikligt och för att undvika att i detta hamna i en intressekonflikt har uppsatsens resultat eller analys inte diskuterats med handledaren från WSP.

## 4. FÖR EN JÄMLIK HÄLSA

Det här avsnittet består av presentation och analys av studiens empiriska material kopplat till uppsatsens teoretiska utgångspunkter och utgör uppsatsens vetenskapliga diskussion. Syftet i den här studien är att undersöka hur man kan arbeta för att göra hälsans fördelning mer jämlik samt hur Agenda 2030 kan kopplas till detta. I det här kapitlet kommer båda dessa frågor behandlas. Kapitlet är indelat i tre delar där Malmö stads arbete med jämlik hälsa diskuteras inledningsvis för att ge en bild av hur man har arbetat och på vilket sätt det kan kopplas till teorier om social hållbarhet och jämlik hälsa. Därefter diskuteras hur jämlik hälsa kan mätas ur ett bredare perspektiv kopplat till uppsatsens teoretiska modeller. I del 4.2 Att mäta hälsans utveckling redogörs uppsatsens resultat gällande mätbarheten kopplat till ohälsa samt hur uppföljning av arbetet mot en mer jämlik hälsa görs eller bör göras i Malmö. Avslutningsvis i del 4.3 Agenda 2030 kopplas Malmö stads arbete till Agenda 2030 för att undersöka hur den globala agendan kan stötta arbetet för en mer jämlik hälsa.

Analysen är gjord och genom en sammanvägning av information från dokument, forskning och intervjuer. I ett försök att ge den samlade bilden av hur arbete med jämlik hälsa kan göras från olika perspektiv presenteras resultaten tillsammans. Kapitlet är indelat efter tre teman, Malmö stads arbete, att mäta hälsans utveckling samt kopplingen till Agenda 2030 för att ge struktur och synliggöra sätt att arbeta för en mer jämlik hälsa. Att analys görs i anslutning till presentation av resultaten medför att en diskussion kan föras kring den information som uppsatsen har fått fram från både dokument och intervjuer.

### 4.1 Malmö stads arbete

Sedan 2013 har Malmö stad omorganiserat sitt arbete kopplat till en jämlik hälsa, det har skett en förändring i tankesättet och förståelsen för folkhälsoarbetet (Renhammar, intervju). En del av dessa ändringar går att härleda till processerna kring Malmökommissionen. Malmökommissionen föreslog 24 mål och 74 åtgärder. Dessa åtgärder delades upp i tre olika kategorier:

1. Utredningsuppdrag (nytt uppdrag från kommunstyrelsen).
2. Pågående arbeten (redan beslutade insatser och uppdrag i linje med Malmökommissionens förslag).
3. Utvecklingsområden (arbetet inom ett område bör utvecklas).

De övergripande rekommendationerna har funnits varje år i budgeten sedan 2014 (Malmö stad, 2018a). Det blir utifrån detta tydligt att de kommunala ekonomiska processerna har stor inverkan på hur arbetet med jämlik hälsa faller ut. Ett urval av mål från Malmökommissionen är:

- Halvera barnfattigdomen till 2020.
- Minska hemlöshet, trångboddhet, dåliga bostadsförhållanden och dålig yttre miljö för barn och unga i Malmö.
- Alla barn i Malmö ska ha en likvärdig hälso- och sjukvård, samt hälsofrämjande och förebyggande insatser tills de slutar skolan.
- Skapa nya samarbetsformer mellan privat och offentlig sektor samt civilsamhället baserade på kunskapsallianser, som kan bidra till att förändra sambandet mellan tillväxt och välfärd. (Malmö stad, 2013)

Utifrån slutrapporten 2013 arbetade man fram rapporten *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö* med åtgärder indelade i utredningsuppdrag och utvecklingsområden kopplade till respektive aktör (Malmö stad, 2014b). Åtgärderna i rapporten kan ses som delmål för att nå den uppsatta visionen om en mer jämlik stad. Upplägget med 24 mål som presenterades först och sen där åtgärdsförslagen delades ut kan ses som ett upplägg kopplat till "backcasting" vilket handlar om att sätta upp en vision först och sedan arbeta sig bakåt i tiden för att se vilka delmoment som är nödvändiga (Wangel et al., 2018).

En stor ambition från Malmö stads sida var och är fortfarande att arbetet ska präglas av transparens och man vill verkligen nå ut med vilka kommissionärerna är och hur de har arbetat (Malmö stad, 2018b). På Malmö stads hemsida kan man läsa en presentation av kommissionärerna och videoklipp med intervjuer, samtliga underlagsrapporter är också publicerade och det har varit flera konferenser om arbetet för en jämlik hälsa (ibid). Kommissionen blev även medialt uppmärksam (Persson, 2011; Isacson et al., 2012). Balkfors (intervju) menar att Malmökommissionen hjälpte till att skifta fokus från enskilda faktorer till ett mer övergripande perspektiv men också synliggöra vilka områden Malmö stad har rådighet över.

Att få upp den här frågan högt på den politiska dagordningen menar jag är ett av bidragen från Malmökommissionen, det har blivit ett större fokus på hälsa i andra politikområden än folkhälsa egentligen - de sociala frågorna, är en del av ÖP exempelvis, man jobbar med socioekonomiska analyser i detaljplaner - det har man inte gjort innan. (Balkfors, intervju)

Vad Malmökommissionen har gjort för Malmö stads arbete med jämlik hälsa är dock inte helt tydligt enligt den halvtidsrapport från utvärderingen som finns (Bodin et al., 2019). Problematiken ligger dels i svårigheter att hitta indikatorer att följa upp, tillgången till data är begränsad och att hitta data som exakt svarar upp mot formuleringarna i Malmökommissionens mål och åtgärder är svårt (ibid). En annan problematik handlar om svårigheterna i att mäta jämlikhet, där WSP har försökt jämföra indikatorer över tid för att ge en bild av hur utvecklingen har sett ut (ibid). Balkfors (2018) skriver att det angreppssätt som Malmö har antagits, där de 6 teman som arbetet innefattar täcker in i stort sett alla politikområden kan liknas vid det arbetssätt som WHO kallar HiAP (Health in All Policy). Detta beskriver även Renhammar (intervju) som säger att Förskoleförvaltningen använde förslagen i sin omorganisering:

Förskoleförvaltningen såg detta som en möjlighet, mycket av de förslagen som kom från kommissionen då fördes fram. Dåvarande direktören Andreas Norbrant blev särskilt intresserad av Sven Perssons rapport, [underlagsrapport till Malmökommissionen, förf. anm.] han menade att 'det här är precis det vi behöver i det arbete vi ska bygga upp nu'. Det var hans bibel, dom här kommissionsrapporterna. 'Check, check, det ska vi göra, det ska vi göra och det ska vi göra' sa han om en del av förslagen. Detta var innan det ens hade gått till beslut, man tänkte att det här är så rätt. (Renhammar, intervju)

Även Pettersson (intervju) berättar att det kan vara på grund av intresset från direktörens sida som gjorde att fastighetskontoret tog till sig Malmökommissionen på ett sätt som man kanske inte gjorde på andra ställen. Trots ett försök till HiAP menar Pettersson (intervju) att även om hon kunde se en tydlig koppling mellan förvaltningens arbete och Malmökommissionen ser inte alla kollegor den kedjan. Även Balkfors (intervju) belyser olika svårigheter kopplat till hur organisationen arbetar i dagsläget med att arbeta med Malmökommissionen och jämlik hälsa:

Sen tror jag faktiskt att det har funnits politiska beslut och politisk vilja, men att tjänstemannaledet inte har underlättat alla delar. Det har funnits visst motstånd, eller inte motstånd men 'hur ska vi hantera det här då?' socialt investeringsperspektiv i ekonomistyrning till exempel. Så där finns en utmaning när det gäller sociala investeringar som är strukturell. (Balkfors, intervju)

Det sociala investeringsperspektivet som Malmökommissionen har använt kan ses gå i linje med det Jackson (2011) föreslår som ett krav på nytt system för att mäta välbefinnande i ett samhälle. Sociala investeringar handlar om att ta en kostnad för att undvika stora kostnader längre fram i tiden. Det handlar alltså om att se bortom det konventionella sättet att se på kostnader och intäkter, kanske per år, till att se ett långsiktigt perspektiv där man snarare kanske följer en generation. Det finns således problem som handlar om det rådande budgetsystemet, Balkfors (intervju) beskriver den här problematiken kopplat till sociala investeringar vilket är ett nytt sätt att tänka och inte kompatibelt med rådande ekonomistyrning. Att de övergripande rekommendationerna är viktiga för det fortsatta arbetet med jämlik hälsa för ett socialt hållbart Malmö är Renhammar övertygad om, där ingår en omarbetning av budgetprocessen.

De två övergripande rekommendationerna om dels ett socialt investeringsperspektiv och dels om kunskapsallianser menar jag är en nödvändig grund för att åstadkomma den förändring som kommissionen visade vägen för. Organisationen, i detta fall Malmö stad behöver förändra systemet i grunden. Det som nu sker med en förändrad budgetprocess är en viktig del i arbetet. Kunskapsallianser kan låta luddigt men det handlar om att involvera och mötas över olika gränser, att ta tillvara på olika kompetenser och resurser för att nå bästa resultat. (Renhammar, intervju)

Även Stomberg nämner detta i intervjun angående hur andra förvaltningar än förskoleförvaltningen ser på implementeringen av idéerna från Malmökommissionen

Jag blev så förvånad här innan jul det var någon medarbetare på stadskontoret som jobbar på HR eller ekonomi eller vad det var att "ja vi pratar ju aldrig om MK, det var inget som vi

blev berörda av.” eller “Det var inget som man tog upp på några chefsmöten eller avdelningsmöten.” (Stomberg, intervju)

Förslag på åtgärder som tydligt kan kopplas till befintlig verksamhet har haft större genomslagskraft. Förskoleförvaltningen tog till sig Malmökommissionens förslag, detta berodde bland annat på den tydliga uppföljningen:

*/.../ den [rapporten *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö*, förf anm.] var väldigt tydlig: bedömningen, utredningsuppdraget, ansvariga och återkopplingen. Enormt tydligt, och det var direktiv som gick ut till varje nämnd, vad det var man skulle göra och vad man hade för uppdrag så man kunde inte glida undan det här på något sätt. Det var verkligen, det här vill kommunstyrelsen utifrån vad man har sagt i MK. (Stomberg, intervju)*

Stomberg menar i likhet med det Balkfors säger att det gav en tydlighet i vad som behövde göras, politiken fattade beslut i enighet och gav förskoleförvaltningen ett tydligt uppdrag gällande att utreda möjligheten till fler familjecentraler. På en familjecentral finns verksamheter från både Malmö stad och Region Skåne samlat för att möta olika behov. Här kan familjer enkelt få kontakt med andra föräldrar med små barn och ta del av förebyggande och hälsofrämjande service på en och samma plats. På familjecentralerna finns följande verksamheter:

- Öppen förskola – en mötesplats med pedagogisk verksamhet
- Barnmorskemottagning
- Barnhälsovård
- Social rådgivning - ger stöd i föräldrarollen samt möjlighet till vägledning om vart man ska vända sig i olika situationer och stöd i kontakt med olika myndigheter (Malmö stad, 2019)

Malmökommissionen menade att familjecentraler var ett bra sätt att arbeta vilket gav tyngd till verksamheten som nu har lett till att man öppnat en ny i Lindängen (Stomberg, intervju). Detta gjordes för att det även fanns ett starkt stöd från chefer och politiken att arbeta enligt kommissionens förslag.

Det befastes väldigt starkt i vår förvaltning och av vår nämnd. Oerhört starkt i vår nämnd, så styrning och ledning var väldigt tydligt där. Vår direktör då: “ni ska kunna den här Perssons rapport utan till, den ska ni, det är vårt mantra, det är såhär det är.” För vår del ser vi då att en fortsättning handlar mycket om förskolans plats i staden, vikten av förskolan, hur viktig den är i det långsiktiga lärandet. (Stomberg, intervju)

Det Stomberg beskriver är en skildring av hur en social bestämningsfaktor (förskolan) genom att uppmärksammas på det här sättet får en ökad tyngd inom samhällsutvecklingen och synliggör hur viktig den är. Det var dock inte en helt enkel väg då beslutsordningen skiljer sig för olika verksamheter, de har även olika krav på



exempelvis lokaler för att kunna ingå i en familjecentral. Stomberg berättar om den här problematiken:

Vi kan prata med chefer för barnmorskorna i Malmö, men det är inte dom som bestämmer. Det är vårdcentralscheferna och vissa vill direkt, vissa vill med hjärtat och andra vill med pengarna, ja, där har vi haft lite bekymmer skulle jag vilja säga men frågar du Region Skåne kanske dom säger samma sak om oss, jag vet inte det. Det kräver mycket samverkan för att komma fram, men vi har absolut haft representanter från Region Skånes verksamhet som vill, men att då hitta lokaler, att då få in, då kanske dom sitter på en vårdcentral och så ska vi då komma in och kräver 250 kvm.

/../

Det är genom att återkomma till barnperspektivet som olika aktörer till slut kan nå ett fungerande samarbete. Stolta yrkesidentiteter och bedriver verksamheter som är väldigt betydelsefulla men ser också vinsterna i att samverka, att man går utifrån ett barnperspektiv som jag tycker är oerhört viktigt. Att en familjecentral är ju ett barnperspektiv rejält, man sätter saker under ett och samma tak och utifrån vårdnadshavare och barnet så har man detta samlat, en enormt fin kunskap med socialtjänsten också på plats för att kunna stötta och ge råd. (Stomberg, intervju)

I teorikapitlet beskrivs hälsans sociala bestämningsfaktorer för att förklara ojämlik hälsa. Genom att förstå hur dessa påverkar fördelningen i hälsa delas ansvaret för befolkningens hälsa på de olika förvaltningarna. Intervjuerna har visat att Malmökommissionen har används som en fråga att enas kring, den har lett till samarbete mellan förvaltningar och en ändrad syn som snarare handlar om att enas kring en fråga, Stomberg beskriver hur hon upplever att förskoleförvaltningen tänker kring detta så här:

Men det här är ett uppdrag som Malmö stad väldigt tydligt pratar om, vi pratar om att vi ska ha dom här nätverksbyggande, vi ska vara som den rekommendationen man säger i MK vi ska ha kunskapsallianser, det här är ju viktigt att staden interagerar. Vi kan inte jobba i stuprör, det funkade inte så, det är väl lite det jag har i uppdrag att arbeta med. Förskoleförvaltningen måste vara med på andra arenor och synas och höras - betydelsen av den. Det är ett sätt att tänka. (Stomberg, intervju)

Balkfors (intervju) menar att det i och med Malmökommissionen inte bara har lyfts fram frågor på dagordningen utan också har hjälpt till för ett skifte i fokus gällande vad som ingår i arbetet för en bättre folkhälsa.

När vi började jobba med uppdrag kring Malmökommissionen då utgick Malmö stad precis som i resten av Sverige och folkhälsopolitiken med 11 målområden. Där en del handlar om levnadsvanor och andra om livsvillkor. Levnadsvanor som tobak, alkohol, narkotika och sexuell hälsa, livsvillkor kring som boende, arbete och utbildning. /.../ Men vi hade framförallt fokuserat på tobak, alkohol och narkotika och sexuell hälsa - även på nationell nivå. Så de här livsvillkoren var inte alls så synliga i folkhälsoarbetet. (Balkfors, intervju)

Toivanen et al. (2012) beskriver skillnaden mellan dessa två fokus som bestämningsfaktorer och sociala bestämningsfaktorer, där Malmö stad utifrån vad Balkfors menar har ökat fokus i folkhälsoarbetet lagts på de sociala

bestämningsfaktorerna. Renhammar lyfter också vikten av det skiftade fokus från hälsa, som ändå är själva utfallet till något annat - som kan kopplas till ett ökat fokus på sociala bestämningsfaktorer.

Innan vi i mitten av 90- talet började arbeta med folkhälsofrågor på stadskontoret var folkhälsa 'sjukvårdens bord'. Men när vi sen började samverka med sjukvården och forskningen insåg vi att alla perspektiven behövdes och att en framgångsfaktor var ett gemensamt arbete. (Renhammar, intervju)

Renhammar väljer även att fokusera på arbetsprocessen istället för enskilda åtgärder i utvecklingen för en jämlik hälsa. Hon menar att arbetsprocessen ledde till ett större engagemang där slutrapporten banade vägen för ett ökat samarbete för att undvika stuprörstänk. Hon lyfter därmed vikten av att belysa det skiftade fokus från endast hälsa som gjordes tack vare Malmökommissionen. För kommissionen, som bestod av både forskare och tjänstepersoner, var det dessutom en utmanande arbetsprocess för att så småningom kunna enas om vilka förslag man skulle lägga fram.

När vi i samband med remisshanteringen diskuterade slutrapporten med representanter från olika verksamhetsområden blev det tydligt att de olika områdena som togs upp i slutrapporten hörde samman och behövde hanteras utifrån ett holistiskt perspektiv.

/../

För flera av kommissionärerna var det ett ovanligt sätt att arbeta på med så många att ta hänsyn till och många olika viljor att förhålla sig till. Kommissionärerna var ju inte heller några duvungar utan de var etablerade och välrenommerade på olika sätt. Jag måste säga att jag är imponerad av att de lyckades ro det hela i land. (Renhammar, intervju)

Pettersson (intervju) menar att det tydligaste exemplet på vad Malmökommissionen ledde till för det som då hette fastighetskontoret (nu fastighets- och gatukontoret) är att man ville ta vidare rekommendationen att när man säljer mark till låta byggaktörer ta socialt ansvar vid försäljning av mark.

Riktlinjer togs också fram som ska införlivas i alla avtal. Två pilotprojekt genomfördes där byggaktörer tog socialt ansvar med stöd från Malmö stad, kommunen kan dock inte bemanna upp så som man gjorde i pilotprojekten utan man måste hitta vägar och kontaktpersoner så byggaktörer själva kan ta kontakt med aktörer (ex. skolor) för att tillsammans jobba med social hållbarhet. Detta resulterade i att man nu arbetar med sociala agendor kopplade till byggprojekt, något bl.a. Skanska gör när man ska bygga i Västra hamnen. (Pettersson, intervju)

Saker som tidigare inte varit tydligt menar Pettersson synliggjordes tack vare Malmökommissionens rekommendationer.

Där valde vi att inte fokusera så mycket på jämlik hälsa, även om det kunde väntas vara ett av resultaten med det arbete med social hållbarhet som påbörjades. /.../ Kommissionen synliggjorde mellanrum - vilka områden är det som ingen jobbar med? Betonade samarbete internt och externt, tar ett större ansvar än vad dom egna ramarna säger. (Pettersson, intervju)

Malmökommissionens förslag att införa sociala kontraktsvillkor vid upphandling för en växande arbetsmarknad och självförsörjning visar hur insatser måste omfatta olika förvaltningar än de direkt kopplade till folkhälsa. Det visar också hur man från politikens håll försöker arbeta med HiAP, då man vill integrera arbetet på flera olika förvaltningar. De ovan nämnda citaten är ytterligare exempel på hur fokus på de sociala bestämningsfaktorerna fick ökat fokus i arbetet med jämlik hälsa. Vikten av att påverka sociala bestämningsfaktorerna är tydliga i exemplen som intervjupersonerna beskriver. Insatserna handlar om mer än det som direkt kopplas till människans individuella beteende och det handlar om att skapa jämlika system. Samhällets roll i att erbjuda alla människor exempelvis likvärdig förskola och chanser till ett aktivt liv där det även finns en känsla av delaktighet.

Det ändrade fokus som intervjupersonerna beskriver är dock inte oproblematiskt, ett ökat fokus på något innebär ett minskat fokus på något annat. Balkfors (intervju) menar att det finns en risk att det är på bekostnad av levnadsvanor, att man i arbetet för jämlik hälsa idag inte har samma insyn i hur man arbetar med tobak, alkohol, narkotika eller fysisk aktivitet. Samhället i sig, eller en kommun, har större rådighet över de sociala bestämningsfaktorerna och det är även där långsiktiga insatser kan göras. Även resultaten tar lång tid men på samma sätt att det tar lång tid att bryta ojämlika och skadliga samhällssystem borde det vara svårt och ta lång tid att bryta jämlika och välfungerande system när dom väl är på plats - vilket borde göra det värt mödan.

Ett arbetssätt som antagits i stadsdelen Lindängen i Malmö kallas för pentahelix – community capacity building (Malmö universitet, 2019). Initiativet grundar sig i ett behov av att hitta nya arbetssätt för att motverka det faktum att klyftan mellan de som har god respektive dålig hälsa i samhället ökar (ibid). Initiativet kommer från Malmö universitet och sker idag med finansiering från Vinnova i samverkan genom det som kallas pentahelix med aktörer från medborgare, idéburen sektor, offentlig sektor, näringsliv och akademi. Arbetets utgångspunkt är utifrån något som kallas promotiv, vilket innebär att stärka det som redan finns samtidigt som man synliggör hur individens situation påverkas av samhällsstrukturer (Malmö universitet, 2019). Freire var en nyckeltänkare inom den kritiska pedagogiken och har inspirerat en av verksamheterna i Lindängen (Malmö universitet, 2019). Arbetssättet kan också kopplas till den övergripande rekommendationen i Malmökommissionens slutrapport som kallas för kunskapsallianser och demokratiserad styrning. Det handlar om att ändra de sociala strukturer som finns och på så sätt möjliggöra för ökad delaktighet, i förlängningen ökad kontroll över sitt eget liv. En av verksamheterna som bedrivs är gruppträning, där man har anpassat och utvecklar verksamheten efter de boende och andra medborgares behov och önskemål (ibid). Detta för att de som annars inte brukar gå till gymmet eller träna ska känna samhörighet och delaktighet. Jämlik hälsa Lindängen har så kallade hälsofrämjare, som är medborgare som blivit anställda för att locka fler människor till en mer aktiv livsstil, det är viktigt att hälsofrämjarna är människor som deltagare kan relatera till för att verksamheten ska nå sitt fulla syfte (ibid). I arbete för jämlik hälsa

blir det här tydligt att det handlar om alla kommunala processerna i samhället - inte bara det som pågår inom politiken och i stadshuset (Malmö stad, 2013).

Renhammar (intervju) berättar om en annan verksamhet som också är sprungen ur den övergripande rekommendationen om kunskapsallianser och demokratiserad styrning som kallas Meet Malmö. Verksamheten är ett arbetssätt för samverkan mellan Malmö stad, näringslivet och andra aktörer med syfte att få fler idéer att bli till verksamhet (Näringslivskontoret Malmö stad 2019). Familjecentraler är en annan verksamhet som synliggör tre viktiga faktorer i arbetet med jämlik hälsa. För det första har man ett tydligt barnperspektiv när öppen förskola, barnhälsovård, barnmorskemottagning och socialrådgivning finns under samma tak (Malmö stad, 2019). För det andra visas hur samverkan mellan olika förvaltningar och yrkeskategorier kan ske. Den tredje faktor handlar om att verksamheter kan dra nytta av varandra och andra aktiviteter som gynnar hälsan kan genereras på en familjecentral. Verksamheter som kan genereras från en familjecentral är språkträning, vilket SKL driver genom satsningen öppen förskola för språk och integration (SKL, 2019). Stomberg beskriver att det genom den här typen av verksamhet ges förutsättningar till de människor som kanske inte är redo att börja på SFI än.

/.../ det är ju ingen traditionell SFI undervisning för dom har sina barn med. Men man kör en light variant och tränar språk till att "nu är du så nära att nu har du kommit så långt så du kan glida in på en SFI här" det funkade jättebra. Kanske stimulera dom till att, ja men nu är du nu nära, ta det här steget till att köra SFI. (Stomberg, intervju)

Stomberg (intervju) berättar även att man på nationell nivå vill se hur öppna förskolor kan också vara en verksamhet för språk. Öppna förskolor kan då vara ett sätt att få komma ut och lära sig lite svenska för att stimulera till att börja på SFI så småningom.

#### **4.1.1 Uppföljning och den fortsatta processen**

Malmö stad valde genom stadskontoret och kansliet för hållbar utveckling att under våren 2018 anlita en extern aktör för att utvärdera *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö, med Malmökommissionen som hävstång*. Konsultföretaget WSP arbetar sedan vintern 2018 med utvärderingen som ska vara klar hösten 2019. Bodin et al. (2019) skriver i den halvtidsrapport över utvärderingen som i mars 2019 lämnades till Malmö stad att det finns en komplexitet i att utforma en utvärdering av en så ambitiös satsning som Malmökommissionen. De menar att det i de allra flesta fallen knappast är möjligt att mäta effekter på hälsa och hälsans bestämningsfaktorer till genomförda förslag från Malmökommissionen. De har därför istället valt att anta ett tvärvetenskapligt perspektiv och kombinerar olika metoder i utvärderingen och analyserar resultaten och effekterna i relation till en insatslogik (ibid).

Att anlita en extern konsult för utvärderingar kan vara riskfyllt då förslag till förändringsarbete riskerar att sakna förankring i organisationen (Jörby, 2002: Winter, 2015). Politikens engagemang är inte heller alltid tillräckligt när en extern aktör utför

arbetet då det inte säkerställer tillräcklig förankring hos medarbetarna att fortsätta arbeta med frågorna (Jörby, 2002). Det här är intressanta aspekter att beakta vid analys av pågående arbetsprocess för dels det externa konsultföretaget WSP och dels på Malmö stad. Balkfors (intervju) menar att det är problematiskt att man i utvärderingen ännu inte har fokuserat på det som i Malmökommissionen kallas för *Förändrade processer för en socialt hållbar utveckling genom kunskapsallianser och demokratiserad styrning* tillräckligt i den halvtidsrapport som lämnats. Det verkar vara ett problem gällande förståelsen mellan de som utvärderar effekterna av kommissionen och Malmö stad, där Balkfors (intervju) menar att risken med detta är att man inte lyfter fram allt det arbete som ligger bakom kommissionens slutrapport. Framtagandet av de förslag som till slut redovisades i Malmökommissionens slutrapport föregicks av en process där man skickade ut remisser, förslagen som skickades ut på remiss var dessutom en kompromiss mellan fjorton kommissionärer (Balkfors, intervju). En viktig faktor för att lyckas med det fortsatta arbetet menar Renhammar är att inte ha processen helt färdig från början utan att se till att alla involverade får utrymme att påverka och på så sätt skapa ett engagemang.

Det måste vara mer jämbördigt som när man inleder ett nytt uppdrag finns det inga rätt eller fel från början utan vi ska vara öppna för att lyssna på varandras synpunkter i frågan. /../ Det är också viktigt att i ett tidigt skede verkligen fundera över vilka kompetenser som behövs och vilka resurspersoner som bör ingå i arbetet. (Renhammar, intervju)

En risk med att inte se till hela arbetsprocessen kan vara att man inte ser till vikten av att engagera medarbetare i processen, vilket i förlängningen kan leda till att försök till förändringsarbete blir resultatlöst. Malmökommissionens arbetssätt präglades av en lärandeprocess i hög grad, där många människor involverades i processen. Flera av den här studiens intervjupersoner menar just att det har lett till ett skiftat fokus i frågorna och att det går att dra paralleller till hur verksamheten arbetar idag till de förslag på åtgärder som Malmökommissionen rekommenderade. Balkfors uttrycker den här diskrepansen så här:

Där tycker jag man har missat lite i den här delrapporten från WSP [halvtidsrapport Bodin et al. 2019, förf anm], där man säger att det varit en trend och att det pågick. Det menar jag att det inte gjorde utan det tror jag MK har varit med och puttats på, varit med och skapat den förskjutningen till att ska man minska ojämlikhet så måste man fokusera på alla politikområden. (Balkfors, intervju)

Det som Forssell et al. (2013) menar att projekt ofta handlar om, ett krav från politikens om handlar om att samverka där projektet dock sällan inkluderar ordinarie verksamhet, är motsatsen till det Balkfors menar att Malmökommissionen har inneburit för Malmö stad. Förståelsen för vad Malmökommissionen hade för syfte är heller inte helt tydlig, Renhammar beskriver det så här:

Det här med att det ska in i vardagsarbetet var något vi tryckte på, vi sa det här är inget projekt. Alla sa 'vad hände med Malmökommissionen?' Vi sa då att den är avslutad, det var kunskap som vi bad om att få in, vi har fått den och vi har fått förslag på hur man ska gå

vidare. Nu försöker staden jobba utifrån det, vad det leder till får vi se. Det finns en ambition och den är supertydlig om du läser budgeten, att man dels ska jobba utifrån dom här övergripande rekommendationerna, men sen också utifrån Malmökommissionen generellt. (Renhammar, intervju)

I den pågående utvärderingen av Malmökommissionens arbete har en kvantitativ analys gjorts (Bodin et al., 2019). Bland annat har gini-koefficient används för att visa på den ojämna fördelningen i inkomst (ibid) Med ett urval av sociala bestämningsfaktorer beskrivs hur dessa utvecklats, hur förhållandet mellan olika socioekonomiska grupper har förändrats över tid samt med andra jämförelseobjekt (så som andra kommuner i Skåne och riket). Utvärderingen gör ett försök att tyda möjliga avvikelser från trend för att se eventuella effekter av Malmökommissionen. Utöver detta finns en diskussion kring utvecklingen i hälsa mellan sociala grupper för att se om skillnader i sociala bestämningsfaktorer har förändrats över tid, då en total förbättring av Malmös hälsa inte nödvändigtvis betyder att ojämlikheten har minskat. (Bodin et al. 2019). En svårighet vid uppföljning av arbetet med jämlik hälsa är tillgången till data, det är exempelvis inte information från bara en förvaltning som ska samlas in för att ge en bild av hur arbetet med jämlik hälsa går utan det handlar om många olika typer av välfärdstjänster. Balkfors (intervju) berättar att kommunen själva inte heller har möjlighet att samla in data utan är beroende av andra aktörer i arbetet såsom Region Skåne eller SCB. Balkfors (intervju) berättar även att en nationell åtgärd som skulle underlätta Malmö stads arbete med jämlik hälsa handlar om resurstilldelningssystemet.

Skulle man nå målsättningen kring det som förskolan har sin utmaning i, att ha pedagogiskt högskoleutbildad personal, minskade målgrupper, eller barngrupper. Så skulle man behöva anställa varenda förskollärare söder om Stockholm. Så att tillgång till kompetens, det är en statlig fråga, det handlar om resurstilldelning till lärosäten om utbildningsplatser. (Balkfors, intervju)

Det här visar på ytterligare ett exempel där HiAP kräver insatser både från olika håll och på olika nivåer.

## 4.2 Att mäta hälsans utveckling

I likhet med den diskussion som finns kring begreppet hållbar utveckling, att det kräver en definiering av vad man menar med hållbarhet, kan en liknande diskussion vara nödvändig vid bedömning om jämlikhet och hälsans sociala bestämningsfaktorer. Faktorer som påverkar hälsan beskrivs avsnitt 2.3 bero på samhälleliga förutsättningar, i ett land som Sverige skiljer sig dessa åt beroende på vart du är född och lever. En problematik på grund av strukturer är tillgången till förlossningsvård, i Ådalen i Västernorrland har en ockupation av BB i protest att den ska stängas ner pågått sedan 2017 (SR P4 Västernorrland, 2017). Dessa strukturella skilda förutsättningar bör tas i beaktning vid utformning av uppföljningssystem för jämlik hälsa. Beroende på vart i landet man bor och arbetar ser tillgången till olika välfärdstjänster olika ut, likaså efterfrågan. Utifrån detta blir det tydligt att olika faktorer bör viktas olika beroende på för vem man utvärderar.

Levnadsvanor påverkar i hög grad risken att drabbas av olika sjukdomar i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Levnadsvanor påverkas i sin tur av livsvillkoren, varvid det är viktigt att ge människor olika livsvillkor samma förutsättningar i arbetet mot en jämlik hälsa. Det kan gå mycket lång tid från exponering till sjukdom, därför är det också viktigt att följa och mäta livsvillkor och levnadsvanor både för en förståelse för varför en del människor insjuknar men också i förebyggande syfte samt för att främja en god hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Att som i figur 4 visa exempel på olika levnadsvanor och livsvillkor är ett första steg i att kartlägga vilka typer av insatser som är möjliga att göra och vem som kan påverka människors olika förutsättningar. De olika villkoren och faktorerna bör kopplas till vad samhället har rådighet över, för att visa vilka som är relevanta i arbete med hållbar stadsutveckling.

Mätbarhet är nödvändigt för uppföljning, men det fångar inte alla viktiga aspekter av hållbar utveckling (Bexell och Jönsson, 2018). Det finns flera olika discipliner och åsikter kring vad inom hälsan det är som ska följas upp och hur. HDI är ett index som mäter välfärden, men fångar inte upp den ojämlika fördelningen i hälsa utan redogör endast en grups gemensamma tillstånd utifrån utbildning, livslängd och BNP. Gerdtham och Kjellsson (2011) skriver i en av underlagsrapporterna till Malmökommissionen om svårigheter kring att mäta och analysera jämlik hälsa. Författarna lyfter att det inte finns någon tydlig definition av vad ojämlikhet egentligen är, utan den kan illustreras genom att redovisa socioekonomiska skillnader i hälsa (Gerdtham och Kjellsson, 2011). Problemet med en sådan redovisning menar författarna är att det blir svårt att se någon förändring över tid - har den ojämlika hälsan blivit bättre eller sämre? Som lösning menar de att ett index som består av olika faktorer kopplade till hälsa är ett alternativ, dock kräver även ett index en fast definition. Om det inte finns en fast definition beror tillämpningen av index på värderingar vilket innebär att man kan få andra resultat om man har andra värderingar att basera index på (Gerdtham och Kjellsson, 2011). I den slutrapport som kommissionen lämnade 2013 finns ett kapitel som heter *Hur kan man mäta hälsans ojämlikhet?* där skillnad i livslängd mellan olika utbildningsgrupper används som exempel för att illustrera ojämlikhet i hälsa (Malmö stad, 2013). Sveriges välfärdsindikatorer är ett sätt att följa upp tillgången till välfärdstjänster och hur såväl människor som ekonomi och naturen mår, det är dock endast ett urval av indikatorer och måste användas därefter.

Att mäta jämlik hälsa måste göras i flera steg, statistiskt kan detta kallas för att i ett första steg bearbeta data och i ett andra steg vikta informationen så att en rättvis bild kan ges. Det har visat sig i halvtidsrapporten från utvärderingen av WSP att det är svårt att härleda exakta händelser till specifika hälsoutfall (Bodin et al., 2019). I figur 2 av Choi och Sonin går att utläsa att den största faktorn som påverkar hälsan är individuellt beteende, vilket kan tyckas vara utanför samhällets rådighet. Whitehead (1991) lyfter dock att det individuella beteendet såsom matvanor styrs av att vissa samhällsgrupper i högre grad utsätts för reklamkampanjer som uppmuntrar till ohälsosamt beteende eller har sämre tillgång till träningsfaciliteter på grund av tid eller pengar vilket också

försvarar en hälsosam livsstil. Jämlig hälsa Lindängen är ett exempel på hur en kommunal verksamhet kan motverka den typen av problematik.

Balkfors (intervju) menar att det finns faktorer kan klassas in i "levnadsvanor" och så finns det "livsvillkor", vilket är ett ytterligare sätt att se på och förstå hur jämlig hälsa kan mätas. Genom att förstå vilka en individs livsvillkor som påverkar hälsan är och vilka en kommun har rådighet över kan en utveckling styras mot att bli mer socialt hållbar. Det kan antas oetiskt att styra för mycket över människors levnadsvanor, vem som blir bärare att upprätthålla sådana regleringar är också en faktor som kan vara problematisk. Ett exempel är den nya lag som innebär att det från och med juli 2019 kommer vara olagligt att röka i offentliga utomhusmiljöer och på uteserveringar i Sverige (Riksdagens protokoll 2018/19:27). Lundin är chefsjurist på restaurangbranschens organ Visita och menar att det är besvärligt för restauranger att hantera att restaurangpersonal ska agera mot individer och lägga arbetstid på att hålla efter gäster istället för att servera (SvD, 2015; SVT, 2018). Detta visar att det inte är helt oproblemiskt att försöka förändra människors levnadsvanor, även om tidigare rökförbud inomhus har visat ge god effekt för människors hälsa uppstår konflikt om vem och hur nya lagar ska implementeras (SvD, 2015).

När det kommer till mätning och uppföljning av jämlig hälsa menar Balkfors att det delvis handlar om att våga välja indikatorer.

Så jag tror att det behövs både kvalitativ och kvantitativ data och uppföljning. Jag tror inte att man ska vara rädd för att söka efter kvantitativ data när det gäller sociala förändringar. Man måste våga utmana och det går visst att mäta. Man måste också lägga resurser på det som vi vet har effekt, fast det inte går att kvantifiera. Så man måste ha med både det kvalitativa och det kvantitativa. (Balkfors, intervju)

Om det ska till något ytterligare mätsystem som förskoleförvaltningen ska använda så måste det också göras på rätt sätt menar Stomberg, det är viktigt att ställa sig frågan för vem man mäter och varför man ska följa upp verksamheten. Att kunna ge en helhetsbild på förskoleförvaltningens verksamhet kräver en noggrann analys.

Javisst man kan ha mätpunkter man kan ha kvantitet men vad vår verksamhet handlar mycket om är ju det här mötet. Mötet mellan barn och pedagog, möte mellan pedagog och vårdnadshavare. Hur är det mötet? Vad har vi för värdegrunder? hur jobbar vi med värdegrund? Hur ser vi att staden är ojämlik? Hur möter vi det? Hur möter vi det ut i Seved? Hur möter vi det i Holma? Hur möter vi det i Spoletorp? Ser det olika ut?

/../

Jag tror inte bara på kvantitativa data, vi kan inte beskriva vårt arbete på det sättet riktigt. Ja som när nu RKA ska göra uppföljning så blir det bara "hur många barn har ni i förskolan?" vad säger det egentligen, det är så oerhört trubbigt. Vi är inte så jättenöjda med det, men vi kan inte heller själva komma på något bättre. Så vi är med och diskuterar det men det räcker inte. (Stomberg, intervju)



Renhammar (intervju) menar att det går att få igång en förändring redan genom arbetsprocessen om man bara vill, antingen kan man arbeta traditionellt där någon gör en utredning som så småningom leder fram till ett beslut vilket i sin tur startar förändringsprocessen. Ett sätt att arbeta på är att stanna upp i sina ordinarie arbetsuppgifter och fundera över vilka som borde involveras, i kommunerna görs exempelvis redan en mängd olika årliga uppföljningar, som dock skulle kunna förbättras.

Många lägger ner stor möda på dessa uppföljningar men där finns en del att fundera över så att det inte görs slentrianmässiga uppföljningar. Ställer man rätt frågor? Vem tar del av resultaten? Hur de sedan används i det fortsatta arbetet osv. Viktigt att tänka tanken ut... (Renhammar, intervju)

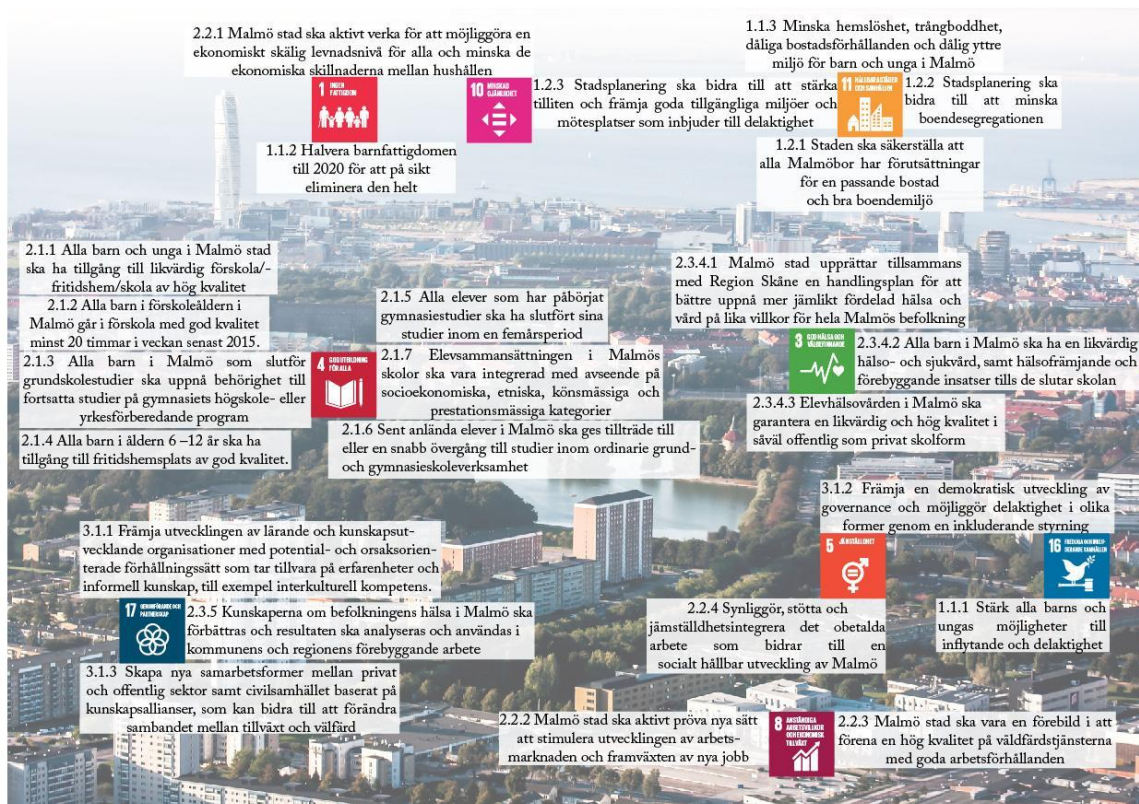
Tankesättet som beskrivs ovan kan vara viktigt i processen att ta fram vad det är som ska mätas och följas upp, att samordna resurserna så att olika perspektiv synliggörs och bilden av hälsans bestämningsfaktorer blir heltäckande. Det finns dock konflikter som synliggörs ganska tydligt, Renhammar beskriver att beroende på vilket politiskt fokus man har får det konsekvenser för hur man såg på åtgärdsförslagen som Malmökommissionen presenterade.

När man tittar på hur några av åtgärdsförslagen hanterades politiskt kan man se exempel på där det uppstod målkonflikter. Ett förslag handlade om gratis busskort till unga. En del politiker menade att det var bättre att subventionera cyklar i stället (mer motion) där bussåkande var mer passiviserande. (Renhammar, intervju)

Vad man väljer att härleda problematiken till ligger till grund för olika lösningar och förslag. QALY skulle kunna vara ett mått för att mäta den allmänna hälsan, men för att undersöka den jämlika hälsan vill man enligt intervjupersonerna ha mer detaljerade studier. I syfte att mäta hälsa för en hållbar samhällsutveckling krävs också en process som synliggör orsaker till ohälsa. Det finns olika kvantitativa mått som mäter välbefinnande, inkomstojämlikhet (Arcaya et al. 2015), antal år med förväntad god hälsa (Vågerö, 2017) som kan användas, men att det inte är eftersträvänsvärt i alla lägen utan det beror på vad det är man ska mäta och för vem man följer upp arbetet. Exempelvis om det ska kopplas till politiken och budgetuppföljning eller till verksamhetsutveckling och de som arbetar med de sociala bestämningsfaktorerna.

## 4.3 Agenda 2030

Malmö stad har sedan tidigare beslutat att kommunen ska arbeta med Agenda 2030 genom att omsätta de globala målen till lokala mål. Figur 5 visar hur Malmökommissionens 24 mål särskilt kan kopplas till 9 av de globala målen i Agenda 2030. Folkhälsomyndigheten har identifierat mål 3, 5 och 10 som särskilt kopplade till deras verksamhet. Figuren nedan visar att ännu fler av de globala målen kan kopplas till folkhälsa, detta kan bero på att man i Malmökommissionen har ett tydligt fokus på sociala bestämningsfaktorer, vilket gör att folkhälsoarbetet omfattar fler delar än bara de direkta påverkansfaktorerna på hälsa.



**Figur 5 Malmökommissionens mål kopplat till de globala målen. (Malmö stad, 2013; UNDP Sverige, 2015; Castor, 2014).**

Textrutorna i figuren ovan visar de olika målen för en jämlik hälsa som Malmökommissionen publicerade 2013. Genom att analysera de olika globala delmålen har det blivit tydligt att målen överlappar, påminner eller på annat sätt liknar målen från Malmökommissionen. Figuren synliggör det överlapp som finns genom att Malmö mål grupperats utifrån de globala målen. Detta resulterade i att 9 av de globala målen anses som mest relevanta. En del av målen kan kopplas till flera av de globala målen, exempelvis nummer 2.2.1 uppe till vänster i figuren.

Vågerö (2017) konstaterar att instiftandet av de nationella folkhälsorapporterna i hög grad inspirerats från WHO:s rapport om Health for all (WHO, 1985). Detta pekar på vikten av en global agenda och hur internationella överenskommelser och åtgärdsförslag från organisationer som WHO kan leda till ett ökat fokus nationellt för en särskild fråga. Även Malmökommissionens arbete grundar sig på en rapport från WHO: *Closing the gap in a generation* från 2008 vilket visar att en ökad ojämlik hälsa inte är unikt för Malmö utan en global företeelse (Malmö stad, 2013). I jämförelse med andra länder är hälsan god i Malmö, därför kan globala agendor och planer verka irrelevanta och på för stora skalor. Men den problematik som finns handlar både om det dolda Malmö - det som inte syns i någon statistik samt om ojämlikheten i hälsa som finns på grund av orättvisa förhållanden (Salonen, 2012). I den utredningen som nationella Agenda 2030-delegationen lämnade till regeringen i mars 2019 går att läsa om problematiken med ökande ojämlikhet vad gäller t.ex. hälsa, utbildning och ekonomi. Det råder också hög

och befäst arbetslöshet inom vissa samhällsgrupper. Jämställdhet mellan kön, segregation och urbanisering är andra utmaningar som kvarstår (SOU 2019:13).

En politisk neutral definition av ett problem kan vara positivt i den mening att det får en genomslagskraft då samtliga partier oavsett ideologisk grund kan ställa sig bakom problemet (Dahlgren och Whitehead, 2007). Renhammar (intervju) resonerar en del kring politisk genomslagskraft och menar att problemet ibland snarare kan ligga i att det är svårt att få igenom ännu ett projekt eller ännu en ny satsning, snarare än att det finns motstånd mot sakfrågan i sig. Det finns dock en risk att social orättvisa nedvärderas till förmån för andra aspekter av problemet, för att undvika politisk oenighet (Dahlgren och Whitehead, 2007). Även Balkfors (intervju) menar att det finns en risk att hälsofaktorer som alkohol, tobak, narkotika och träning har fått ett allt mindre fokus i takt med att de sociala bestämningsfaktorerna har styrt utvecklingsarbetet. Ett exempel på hur formuleringen av ett problem kan påverka i den mening att det skapar en politisk enighet är Agenda 2030. De globala målen behandlar frågor som rör nästan alla politiska områden och välfärdssystem och visar hur en målbild ser ut, hur en hållbar utveckling ser ut. Trots eller tack vare dess breda definition av vad en hållbar utveckling är har politiken i Malmö stad kommit överens om att det är något som ska prioriteras och arbetas utifrån. Hållbarhetsarbetet är långsiktigt, mandatperioderna och politikerna vill ha snabba resultat, därför kan det vara problematiskt om hållbarhetsarbetet hänger på att politiken ska vara ledande (Jörby, 2002). Vad Malmö stads fokus på hållbarhet kommer ifrån och orsaken till att man 2018 fattade beslut om att skapa lokala mål utifrån Agenda 2030 är utifrån den här studien svårt att säga. Utifrån det Balkfors beskriver kan de globala målens genomslagskraft bero på att Malmökommissionen några år tidigare lyckats få upp dessa frågor på dagordningen.

Med den ambitionen som staden hade så gick det inte att fortsätta den riktningen utan att på riktigt ordentligt och det har man ju jobbat med i decennier, men att lyfta fram social hållbarhet. Så att när Agendan kom så kändes den från politiskt håll då som hand i handsken med det fortsatta arbetet. (Balkfors, intervju)

Vikten av kunskapsallianser och en deltagande arbetsprocess är något som Pettersson lyfter som väsentliga faktorer för att Malmökommissionens rekommendationer har kunnat implementeras. Hon belyser också en viktig aspekt för utvecklingsarbetet med de globala målen, att man centralt når ut till alla verksamheter.

Kan dra paralleller till det arbete man gör nu med Agenda 2030 och globala målen, ska inte säga att det är arvtagare men det är ju där man nu jobbar med hållbarhetsperspektiven. Kopplat till detta arbete finns beslut om att de globala målen ska integreras i Malmö stads styrsystem och målstruktur. Det är väsentligt för det fortsatta arbetet med de globala målen och social hållbarhet, att detta genomförs fullt ut. Det är av stor vikt att arbetet på central nivå i staden också når ut i alla delar av verksamheten. (Pettersson, intervju)

Det blir problematiskt om detta ska in som något nytt, det system för uppföljning och kontroll vi har idag fungerar bra. Exempelvis som Stomberg (intervju) menar att när skolinspektionen gett Malmö stad mycket kritik, då har bristerna i systemet

uppmärksamhets. Å ena sidan är förskoleförvaltningen positiv till Agenda 2030, man vill gärna arbeta med målen och Stomberg menar att de egentligen innefattar alla välfärdssystem och man kan se på målen utifrån det. Men det problematiska blir om man förväntas följa upp dessa utöver den ordinarie verksamheten.

Ibland är det ju så att det kommer sådana stora rubriker, stora områden och så kommer det "poff". Då får man backa bandet lite och tänka vad är det vi jobbar med? Välfärdsinstitutionerna är ju Agenda 2030 till stor del, vårt uppdrag, vårt läroplansuppdrag handlar oerhört mycket om detta.

/../

Det är flaggar vi för hela tiden från vår förvaltning, för vi har så mycket vi ska följa upp utifrån läroplan och de kommunala målen. Så kom inte med något extra, säg inte att vi ska göra en utvärdering på miljömålen separat, säg inte att vi ska göra en uppföljning på Agenda 2030 separat. Organisationen mäktar inte med detta på något sätt utan det måste in i ordinarie styr- och ledningssystem. Är det allvar, är det viktigt då får de in i det ordinarie styr- och ledningssystemet. (Stomberg, intervju)

Att de ligger som nämndmål och följs upp under varje år visar att det är viktigt (Stomberg, intervju). Beskrivningen ovan visar på vikten av arbetsprocessen, att det görs med inkludering av de medarbetare som ska arbeta med frågorna men också att det görs med stor hänsyn till de befintliga strukturerna och systemen.

## 5. SLUTSATSER

### 5.1 Slutsatser utifrån frågeställningar

Den här delen av uppsatsen kommer redogöra för studiens slutsatser. En kort diskussion kommer även att föras kring egna reflektioner kring studien och vald metod. Avslutningsvis ges förslag på fortsatt forskning inom jämlik hälsa och den arbetsprocess som uppsatsen knyter an till.

- Hur beskriver Malmö stad att de har arbetat med utvecklingen av jämlik hälsa?  
Beroende på vad som ska undersökas bör olika indikatorer väljas varvid det är viktigt att identifiera vad som ska analyseras men också specificera varför just de utvalda förklaringsmodellerna används. Arbetet för att minska ojämlikheter i hälsa handlar om, eller bör handla om, samhällets förmåga att leverera välfärdstjänster. Vem som bär ansvaret för jämlik hälsa kan således förstås utifrån att hälsans bestämningsfaktorer har identifierats - den som ansvarar för att fördela resurser är ansvarig för att förbättra förutsättningarna och därmed i förlängningen jämna ut skillnader i hälsa. Genom att snarare följa upp samhällssystemen och inte individer undviker man även en stigmatisering av olika samhällsgrupper som riskerar att förknippas med dålig hälsa på grund av sin tillhörighet till en särskild urvalsgrupp. Man slipper då även göra ett urval av indikatorer i hälsa, vilket den här studien har visat är svårt. Uppsatsen har således visat vikten av att förstå hälsans bakomliggande orsaker, de så kallade sociala bestämningsfaktorerna.

En del av syftet med Malmökommissionen - att sprida kunskap genom kunskapsallianser, går inte helt i enighet med att man valde att ta in en extern konsult för att utvärdera arbetet. En av uppsatsens slutsatser är därför att det inte är oproblematiskt att ta in en extern konsult för den här typen av arbete. Uppsatsen har visat att det finns flera hinder mot samverkan där ett handlar om problematiken med olika syn på arbetsprocesser mellan olika aktörer.

Uppsatsen visar även att Malmökommissionens förslag på grund av ett intresse från chefer har lett till nya projekt och utökat fokus på verksamheter som motverkar en ojämlikhet i hälsa. Dock har också en del problematik synliggjorts, som bland annat handlar om svårigheten att arbeta med dessa frågor om de inte innefattas i den ordinarie verksamheten. En annan slutsats är ettåriga budgetprocesser är ett hinder för den här arbetsprocessen, som inte går i enighet med upplägget med sociala investeringar. Ekonomistyrningen är i behov av stora strukturella förändringar om man vill införa sociala investeringar i alla led i Malmö. Beslutsordning och hinder i organisationen är andra faktorer som uppsatsen har identifierat som problematiska i samverkansprocesser för en jämlik hälsa.

- Hur kan Agenda 2030 bidra till Malmö stads utveckling mot en mer jämlik fördelning av hälsa?

I samband med att Agenda 2030 får ett ökat fokus i det kommunala utvecklingsarbetet växer också ett alternativt mått på samhällsutveckling fram, kanske börjar BNP bli föråldrat och måttet på jämlik hälsa kan istället användas för att beskriva välbefinnande. Sverige använder redan så kallade välfärdsindikatorer i sin uppföljning där faktorer som nöjd med livet, självskattad hälsa och mellanmännisklig tillit finns med - om dessa genom Agenda 2030-arbetet kan få ökad relevans och således ligga till grund för samhällsutvecklingen skulle det även gynna arbetet för en mer jämlik hälsa. Att bestämma och se till enskilda faktorer är inte bara problematiskt utan även svårt, då beroende på vem som får chans att formulera vilka indikatorer som ska följas upp också då har identifierat vart problematiken finns.

Det finns dock fortfarande en rad frågetecken när det gäller att lösa de globala såväl som de lokala problemen i Malmö när det kommer till jämlik hälsa. Dels handlar det om vem som är ansvarig för frågorna, uppsatsen visar att ägandeskapet för en viss fråga påverkar engagemanget. Det är utifrån den här studien möjligt att argumentera för att det arbetssätt som Malmö stad har antagit är gynnsamt för arbetet med jämlik hälsa, att arbeta med kunskapsallianser enligt Malmökommissionens rekommendation har lett till ett ökat fokus för den jämlika hälsan inom flera olika förvaltningar, det har även lett till nya verksamheter. Att Agenda 2030 kan kopplas till det pågående arbetet med jämlik hälsa visar även dess koppling till hållbar utveckling och lämpligheten i att ha ett helhetsperspektiv utifrån sitt kommunala uppdrag.

## 5.2 Avslutande diskussion

Uppsatsens valda undersökningsområde i relation till tillgången till material har fungerat väl. Området *jämlik hälsa* är stort och blir bara större desto mer det undersöks. Vilka förklaringsfaktorer som ligger bakom ojämlikheter i hälsa och vad man kan göra åt dessa väcker frågor kring vad stadens roll är. Den här uppsatsen ger på grund av detta inte några färdiga modeller eller teorier om hur arbete med jämlik hälsa bäst bedrivs, inte heller en fullständig redogörelse har kunnat ges över Malmö stads arbete. Fokus har istället legat på att kunna lämna insiktsfulla kommentarer om hur en arbetsprocess kan se ut och vilka steg och frågor som är viktiga att diskutera för en socialt hållbar stad där alla människor ges samma förutsättningar till ett hälsosamt liv. Det är även intressant att se till den andra principen i Agenda 2030 som handlar om att målen är integrerade och odelbara, det krävs framgång inom alla områden för att målen ska kunna uppnås och även uppföljning av jämlik hälsa står inför just den utmaningen.

Genom att mäta hälsans bestämningsfaktorer och utifrån det skapa en hållbar planering där stadsutvecklingen tar hänsyn till människors olika behov ges goda förutsättningar för en jämlik hälsa. Genom att förstå och fokusera på hälsans sociala bestämningsfaktorer för en jämlik hälsa har Malmö stad kunnat synliggöra hur strukturella problemen är. I bakgrunden gavs en bild av om skillnaderna i hälsa beror på

självvalda orättvisor eller om de beror på orsaker bortom en individs kontroll. På grund av att man inte ges samma förutsättningar till en bra bostad, säker arbetsmiljö och liknande saker (som samhället styr över) skapas en ojämlikhet i hälsa. Det är alltså yttre faktorer som visar varför vissa hälsan är ojämnt fördelad. Med anledning av detta lyfts fokus från den individuella hälsan och uppföljningen syftar istället till att mäta samhällets förmåga att ge alla människor förutsättningar för en god hälsa.

En avslutande reflektion är att det pågått flera projekt och processer efter Malmökommissionens arbete, vilket tyder på att ämnet väcker ett intresse hos olika aktörer att vilja arbeta med frågorna. När ämnet om jämlik hälsa ges en förklaring av det här slaget mynnar det ut i frågor som rör mänskliga rättigheter och medmänsklighet, vilket inte någon kommunal verksamhet direkt arbetar mot utan det är ett gemensamt arbete mellan olika förvaltningar och verksamheter. Det svåra handlar således inte om vad det är som är problemet eller vad som ska göras utan snarare om vem som bär ansvaret över att orättvisorna inte jämnas ut. Alla delar av arbetet för en jämlik hälsa hänger ihop och förhoppningen är att uppsatsen kan bidra till en utvecklad förståelse för processerna som ligger bakom såväl som framför oss för att kunna utveckla en socialt hållbar stad.

## **5.3 Fortsatt forskning**

Det hade varit särskilt intressant att undersöka och jämföra är Stockholm, Göteborg och Malmös arbete med jämlik hälsa. De tre kommunerna har liknande upplägg i form av ett brett perspektiv gällande vem som ska arbeta med frågorna om jämlik hälsa samt att det krävs organisationsförändringar inom kommunen för att lyckas med arbetet. Att undersöka vilka framgångsfaktorer som finns i ett sådant arbete på organisationsnivå inom kommunen och hur man undviker att detta breda fokus hamnar mellan stolarna tror jag hade gynnat forskningen inom jämlik hälsa och social hållbarhet.

Utifrån ämnet jämlik hälsa hade det också varit intressant att på lång sikt följa upp olika variabler av hälsans bestämningsfaktorer för att urskilja vilka som säger mest om det totala läget. Jag tror det går att hämta inspiration från ekologiska och ekonomiska nyckeltal - ingen förväntar sig att halter av utsläpp eller ett företags likviditet ger en helhetsbild av läget utan ger en bild av hur det har gått utifrån ett visst perspektiv. Det är endast genom en kvalitativ undersökning som helhetsbilden kan ges oavsett om det är inom ekologisk, ekonomisk eller socialt hållbar uppföljning. Därför hade det varit intressant med forskare som vågar bestämma indikatorer att mäta jämlik hälsa, där mätningar görs i syfte att få fram de mest signifikanta. Jag tror att det kan vara intressant fortsatt forskning för att kunna ligga till grund för det fortsatta arbetet inom jämlikhet och hållbar utveckling.

# 6. KÄLLFÖRTECKNING

## 6.1 Skriftliga källor

- Andersson, A., Janson, P., Nilsson, H. och Tealohi, S. 2016. *En skola där alla ska lyckas*. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stockholm stad. Tillgänglig: <https://stad.stockholm/globalassets/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/utredningar-och-rapporter/social-hallbarhet/en-skola-dar-alla-ska-lyckas-delrapport-fran-kommissionen-for-socialt-hallbart-sthlm.pdf>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A.L. och Subramanian, S.V. 2015. *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. PMC US National Library of Medicine National Institute of Health. Tillgänglig 2019-02-18: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481045/>
- Balkfors, A. 2018. Hur vet vi om ojämlikhet i hälsa minskar? *Socialmedicinsk tidskrift*. Årgång 95 häfte 6.
- Bodin, E., Hallin, G., Hammarberg, R., Sevedag, V., Tengqvist, A., Utas, A. och Villevinge, G. 2019. Halvtidsrapport till Malmö stad WSP. *Utvärdering av Malmö stads arbete med social hållbarhet och jämlik hälsa, med Malmökommissionen som hävstång. Halvtidsrapport*. WSP.
- Braveman, P. 2014. What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *SAGE journals*. Volym: 129: 1\_suppl2, sida: 5-8. Artikel publicerad online: 1 januari 2014. San Francisco, USA. Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863701/>
- Choi, E. och Sonin, J. 2019. *Determinants of Health*. GoInvo. Tillgänglig 2019-03-27: <https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/>
- Dahlin, Å. 2016. *Från delad till enad stad*. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm 2016. Stockholm stad. Tillgänglig: <https://stad.stockholm/globalassets/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/utredningar-och-rapporter/social-hallbarhet/fran-delad-till-enad-stad-oversiktsplanering-for-social-hallbarhet-delrapport-fran-kommissionen-for-socialt-hallbart-sthlm.pdf>
- Dahlin, Å. uå. *Staden där vi möts*. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stockholm stad. Tillgänglig: <https://stad.stockholm/globalassets/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/utredningar-och-rapporter/social-hallbarhet/staden-dar-vi-mots-arkitektur-och-kultur-i-det-offentliga-rummet-delrapport-fran-kommissionen-for-socialt-hallbart-sthlm.pdf>
- Dahlgren, G. och Whitehead, M. 2007. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future studies. Tillgänglig: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Denscombe, M. 2018. *Forskningshandboken. För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Upplaga 4:1. Studentlitteratur AB, Lund.
- Dir. 2015:60. 2015. *Kommittédirektiv En kommission för jämlik hälsa*. Regeringen. Stockholm. Tillgänglig: [https://www.regeringen.se/49bee9/contentassets/3a3df1fa77af4a93b8a8238ab0a5a36c/dir2015\\_60\\_webb.pdf](https://www.regeringen.se/49bee9/contentassets/3a3df1fa77af4a93b8a8238ab0a5a36c/dir2015_60_webb.pdf)
- Folkhälsomyndigheten. 2019. *Hälsoekonomiska utvärderingar*. Tillgänglig 2019-02-13 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/halsoekonomi/halsoekonomiska-utvarderingar/>
- Folkhälsomyndigheten. 2018a. *Folkhälsorapport. Folkhälsans utveckling Årsrapport 2018*. Artikelnummer 18001.
- Folkhälsomyndigheten. 2018b. *Folkhälsopolitiska mål*. Tillgänglig 2019-02-20: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>
- Folkhälsomyndigheten. 2018c. *Öppna jämförelser folkhälsa 2019*. Artikelnummer: 18076.
- Forssell, R., Fred, M. och Hall, P. 2013. *Projekt som det politiska samverkanskravets uppsamlingsplatser: en studie av Malmö stads projektverksamheter*. Scandinavian Journal of Public Administration, 17(2):37-59.
- Gerdtham, U. och Kjellsson, U. 2011. *Mätning och analys av ojämlikhet i hälsa. - Om konsten att mäta något utan att veta vad och hur*. Underlagsrapport till Malmökommissionen. Malmö stad. Tillgänglig: <https://malmo.se/Service/Om-Malmo-stad/Sa-arbetar-vi-med.../Hallbar-Utveckling/Socialt-hallbart-Malmo/Malмокommissionen/Underlag-och-rapporter.html>
- Göteborg stad. 2018a. *Göteborgs Stads program för en jämlik stad 2018–2026*. Tillgänglig: <https://goteborg.se/wps/wcm/connect/3acbb00f-65fd-4ab6-94bd-ab7325c08353/G%C3%B6teborgs+Stads+program+f%C3%B6r+en+j%C3%A4mlik+stad+2018-2026.pdf?MOD=AJPERES>



- Göteborg stad. 2018b. *Budget 2019*. Tillgänglig: [https://goteborg.se/wps/wcm/connect/64ce174a-3ced-4e2d-aef9-a5f17ffd4a31/budget\\_LMCKD\\_2.1.1\\_20181121.pdf?MOD=AJPERE](https://goteborg.se/wps/wcm/connect/64ce174a-3ced-4e2d-aef9-a5f17ffd4a31/budget_LMCKD_2.1.1_20181121.pdf?MOD=AJPERE)
- Göteborg stad. 2017. *Jämlikhetsrapporten 2017 - skillnader i livsvillkor i Göteborg*. Tillgänglig: <http://www.e-magin.se/paper/d4pz5213/paper/1#/paper/d4pz5213/216>
- Isacsson, S.-O., Balkfors, A., Bunar, N., Gerdtham, U., Engquist, E., Köhler, M., Larsson, A., Larsson, C., Larsson, K., Pelin, K., Persson, S., Rosvall, M., Salonen, T., Stigendal, M., Vågerö, D. och Östergren P.-O. 2012. Så ska den ojämlika sociala utvecklingen i Malmö brytas. *Dagens nyheter*. Publicerad 20 februari 2012. Tillgänglig 2019-04-16: <https://www.dn.se/debatt/sa-ska-den-ojamlika-sociala-utvecklingen-i-malmo-brytas/>
- Jackson, T. 2011. *Välfärd utan tillväxt. Så skapar vi ett hållbart samhälle*. Falun: Ordfront
- Jämställ nu. 2013. *Intersektionalitet*. Tillgänglig 2019-04-01: <http://www.jamstall.nu/fakta/intersektionalitet/>
- Jönsson, K. och Bexell, M. 2018. *Vad du inte visste om Agenda 2030*. Lunds universitet. Tillgänglig: 2019-01-25 <https://www.lu.se/article/vad-du-inte-visste-om-agenda-2030>
- Jörby, A. S. 2002. Local Agenda 21 in Four Swedish Municipalities: A Tool towards Sustainability?. *Journal of Environmental Planning and Management*. Volym: 45, 2. Sida: 219-244. Publicerad online: 3 augusti 2010. Taylor och Francis. Tillgänglig: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09640560220116314>
- Kanuri, C., Revi, A., Espey J. och Kuhle, H. 2016. *Getting started with the SDG in Cities - a guide for stakeholders*. Sustainable development solutions network. FN. Tillgänglig: <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2016/07/9.1.8.-Cities-SDG-Guide.pdf>
- Lenninger, A. 2018. Perspektiv på tillvaron. *Tidskriften STAD* Nr 20. Publicerad: 8 mars 2018.
- Löfvenius, J. 2016. *Stad i samverkan Stockholm stad och civilsamhället*. Delrapport från Kommissionen för ett socialt hållbart Stockholm. Stockholm stad. Tillgänglig: <https://stad.stockholm/globalassets/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/utredningar-och-rapporter/social-hallbarhet/stad-i-samverkan---stockholms-stad-och-civilsamhallet---delrapport-fran-kommissionen-for-ett-socialt-hallbart-sthlm.pdf>
- Malmö stad. 2019. *Öppna förskolor och familjecentraler*. Förskoleförvaltningen. Tillgänglig 2019-04-23: <https://malmo.se/Service/Utbildning-och-forskola/Forskola/Forskola-och-pedagogisk-omsorg/Oppna-forskolor-och-familjecentraler.html>
- Malmö stad. 2018a. *Budget 2018*. Tillgänglig: <https://malmo.se/download/18.1df45514160545f08fe6be08/1513762663256/Budget+2018+final.pdf>
- Malmö stad. 2018b. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. Tillgänglig 2018-04-16: <https://malmo.se/Service/Om-Malmo-stad/Sa-arbetar-vi-med.../Hallbar-Utveckling/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo/Kommissionarer-och-senior-advisers.html>
- Malmö stad. 2014a. *Protokoll kommunstyrelsen 2014-03-05*. Tillgänglig: <https://malmo.se/Service/Om-Malmo-stad/Demokrati-beslut-och-paverkan/Protokoll-och-handlingar.html#ded8716df49637-c547dc2ef7fc14976-3171a85fad9379874-10e1cac53b5a63749>
- Malmö stad. 2014b. *Det fortsatt arbetet för ett socialt hållbart Malmö*. Tillgänglig: [http://malmo.se/download/18.51dc563b14b0bf2ae44586f/1491298330989/Social\\_hallbarhet\\_Webb\\_b\\_140618.pdf](http://malmo.se/download/18.51dc563b14b0bf2ae44586f/1491298330989/Social_hallbarhet_Webb_b_140618.pdf)
- Malmö stad. 2013. *Malmöns väg mot en hållbar framtid: hälsa, välfärd och rättvisa*. Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö. Slutrapport. Reviderad upplaga 3. Malmö. Tillgänglig: [https://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1491298327791/malmo%CC%88komm\\_issionen\\_slutrapport\\_2014.pdf](https://malmo.se/download/18.3108a6ec1445513e589b90/1491298327791/malmo%CC%88komm_issionen_slutrapport_2014.pdf)
- Malmö universitet. 2019. *Jämlik hälsa Om oss*. Tillgänglig 2019-03-27: <https://jamlikhalsa.se/om-oss/>
- Naturvårdsverket. 2018. *Årlig uppföljning av Sveriges nationella miljömål 2018*. Tillgänglig 2019-03-18: <https://www.naturvardsverket.se/Documents/publikationer6400/978-91-620-6833-2.pdf?pid=22054>
- Näringslivskontoret Malmö stad. 2019. *Meet Malmö*. Sidan uppdaterad 2019-03-07. Tillgänglig 2019-03-21: <http://www.malmobusiness.com/meetmalmo/>
- Olsson, T. 2018. Varje människa måste våga. *Tidskriften STAD* Nr. 23:6.
- Patel, R. och Davidson, B. 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Upplaga 4:4. Studentlitteratur: Lund.
- Persson, A. 2011. Malmökommissionen har startat sitt arbete. *Sydsvenskan*. Publicerad: 5 mars 2011. Tillgänglig 2019-04-16: <https://www.sydsvenskan.se/2011-03-05/malmokommissionen-har-startat-sitt-arbete>
- Plan- och bygglag (2010:900). 2010. Svensk författningssamling. Riksdagen. Stockholm. Tillgänglig 2019-05-03: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling-plan-och-bygglag-2010900\\_sfs-2010-900](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling-plan-och-bygglag-2010900_sfs-2010-900)

- Proposition 2018/19:100. 2019. *2019 års ekonomiska vårproposition*. Stockholm: Regeringen.  
Tillgänglig:  
<https://www.regeringen.se/4964bd/contentassets/83ce688e4b27486d8a00ba6178d7fdbbc/2019-ars-ekonomiska-varproposition-prop.-201819100.pdf>
- Proposition 2017/18:249. 2017. *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringen, 2019. *Om det finanspolitiska ramverket*. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/statens-budget/finanspolitiska-ramverket/>
- Region Skåne. 2015. *Folkhälsorapport vuxna i Skåne*. Sidan uppdaterad 2015-10-26. Tillgänglig 2019-05-15: <https://utveckling.skane.se/utvecklingsomraden/folkhalsa-och-social-hallbarhet/folkhalsorapporter/folkhalsorapport-vuxna-skane/>
- Region Skåne. 2008. *Hälsöförhållanden i Skåne Folkhälsoenkät Skåne 2008*. Socialmedicinska enheten. Malmö. Tillgänglig:  
[https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer\\_dokument/folkhalsoenkät\\_skane\\_2008.pdf](https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/folkhalsoenkät_skane_2008.pdf)
- Regeringen. 2019. *Folkehelseoven*. Tillgänglig 2019-02-20: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Riksdagens Protokoll 2018/19:27. 2018. Sveriges riksdag. Tillgänglig 2019-05-15:  
<https://data.riksdagen.se/fil/551ACD5C-A340-49B9-9210-5EB2B37E39F6>
- Riksdagens Protokoll 2017/18:132. 2018. Sveriges riksdag. Tillgänglig 2019-02-20:  
<https://data.riksdagen.se/fil/956A6E10-F7DB-4F3C-A9F7-8F6DFE63B465>
- RKA. 2019. *Agenda 2030 Nyckeltal för kommuner och regioner Vägledning*. Version 1:1. April 2019. Rådet för främjandet av kommunala analyser. Tillgänglig:  
<http://rka.nu/download/18.170827ac169d8ecd224727f9/1554462314899/V%C3%A4gledning%20Agenda%202030,%2020190405%20ver%201.1.pdf>
- RKA. 2018. *RKA ska ta fram nyckeltal för Agenda 2030*. Publicerad 2018-06-28. Rådet för främjande av kommunala analyser. Tillgänglig 2019-01-29:  
<http://www.rka.nu/tjanster/aktuellt/nyhetsarkiv/rkaskataframnyckeltalforagenda2030.2658.html>
- Rockström, J., Steffen, W., Noone, K., Persson, Å., Chapin III, F. S., Lambin, E. F., Lenton, T. M., Scheffer, M., Folke, C., Schellnhuber, H. J., Nykvist, B., Cynthia A. de Wit, Hughes, T., van der Leeuw, S., Rodhe, H., Sörlin, S., Snyder, P. K., Costanza, R., Svedin, U., Falkenmark, M., Karlberg, L., Corell, R. W., Fabry, V. J., Hansen, J., Walker, B., Liverman, D., Richardson, K., Crutzen P. och Foley, J. A. 2009. *A safe operating space for humanity*. Nature International journal of science. 461:472–475. Publicerad: 23 September 2009. Tillgänglig 2019-05-03:  
<https://www.nature.com/articles/461472a>
- Rågsjö, K., Dadgostar, N., Demir, H., Karlsson, M., Snecker, L., Mölleby, S. M. och Tsouplaki, V. 2017. *med anledning av prop. 2017/18:249 God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik*. Motion till riksdagen 2017/18:4174. Tillgänglig 2019-02-13: <https://data.riksdagen.se/fil/52905CA1-B573-4657-8CC2-79F895B27530>
- Rågsjö, K., Dadgostar N., Dinamarca R., Fornarve J. L., Karlsson, M., Snecker L. och Mölleby M. S. 2016. *En Svensk folkhälsolag*. Motion till riksdagen 2016/17:1197. Tillgänglig 2019-02-08:  
<https://data.riksdagen.se/fil/2383070B-BA9D-4194-927C-04D18C47583A>
- Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G. och Fuller, G. 2018. *SDG Index and Dashboards Report 2018*. Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network (SDSN). New York. Tillgänglig: <https://www.sdgindex.org/reports/2018/>
- Salonen, T. 2012. *Befolkningsrörelser, försörjningsvillkor och bostadssegregation*. Underlagsrapport till Malmökommissionen. Malmö stad. Tillgänglig:  
<https://malmo.se/download/18.d8bc6b31373089fd9800059627/1491302726776/Det+dolda+Mal+m%C3%B6+Tapio+Salonen+Malm%C3%B6kommissionen+final.pdf>
- SCB. 2017. *Om statistikbaserad uppföljning av Agenda 2030*. SCB, Stockholm. Tillgänglig:  
<https://www.regeringen.se/4aa7ee/globalassets/regeringen/dokument/finansdepartementet/pdf/2017/agenda-2030/scbs-slutrapport-om-statistikbaserad-uppfoljning-av-agenda-2030>
- SKL. 2019. *Om satsningen öppen förskola för språk och integration*. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig 2019-05-13:  
<https://skl.se/skolakulturfritid/forskolagrundochgymnasieskola/forskolafritidshem/oppenforskolafor-sprakochintegration/omsatsningen.25946.html>
- Socialtjänstlagen (2001:453). 2001. Svensk författningssamling. Riksdagen. Stockholm. Tillgänglig 2019-01-23: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

- Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU26. 2017.. *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm. Tillgänglig: <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/god-och-jamlik-halsa---en-utvecklad-H501SoU26>
- SOU 2019:13. 2019. *Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet*. Betänkande Agenda 2030-delegationen. Stockholm. Tillgänglig: <https://www.regeringen.se/493ab5/contentassets/a1d21f7c7c7c484e96c759f2b3c44638/agenda-2030-och-sverige-varldens-utmaning--varldens-mojlighet-sou-201913.pdf>
- SOU 2003:31. 2003. *En hållbar framtid i sikte*. Slutbetänkande för Nationalkommittén för Agenda 21 och Habitat. Stockholm. Tillgänglig: <https://insynsverige.se/documentHandler.ashx?did=48812>
- SOU, 1997:105. 1997. *Agenda 21 i Sverige Fem år efter Rio -resultat och framtid*. Miljödepartementet. Slutbetänkande från Nationalkommittén för Agenda 21. Tillgänglig: [https://weburn.kb.se/metadata/303/SOU\\_7266303.htm](https://weburn.kb.se/metadata/303/SOU_7266303.htm)
- SR P4 Västernorrland. 2017. *Ockupationen Sollefteå sjukhus*. Sveriges radio. Tillgänglig 2019-03-08: <https://sverigesradio.se/sida/gruppssida.aspx?programid=110&grupp=23642>
- Statens folkhälsoinstitut. 2008. *Ujämna hälsoskillnaderna inom en generation*. Kommissionen för sociala bestämningsfaktorer för hälsa. Sammanfattning av originalrapport. Originaltitel: *Closing the gap in a generation*. WHO. 2008. Översättning: Statens folkhälsoinstitut. Solna. Tillgänglig: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_swe.pdf;jsessionid=3707007D184D7B79B9394FF5664D26DF?sequence=7](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_swe.pdf;jsessionid=3707007D184D7B79B9394FF5664D26DF?sequence=7)
- Stockholm stad. 2019. *Social hållbarhet*. Tillgänglig 2019-05-13: <https://stad.stockholm/sa-arbetar-staden/social-hallbarhet/>
- SvD. 2015. Tioårigt rökförbud hyllas. *Svenska Dagbladet*. Tillgänglig 2019-04-02: <https://www.svd.se/tioarigt-rokforbud-pa-krogen-hyllas>
- SVT. 2018. Rökförbud på uteserveringar i sommar. Sveriges Television. Tillgänglig 2019-04-02: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/rokforbud-pa-uteserveringar-i-sommar>
- Toivanen, S., Gisselmann, M., och Lindfors, P. 2012. *Kön genus och hälsa: socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor och män*. Underlagsrapport till Malmökommissionen. Malmö stad. Tillgänglig: <https://malmo.se/Service/Om-Malmo-stad/Sa-arbetar-vi-med.../Hallbar-Utveckling/Socialt-hallbart-Malmo/Malmokommissionen/Underlag-och-rapporter.html>
- UNDP Sverige. 2016. *Omfattande konsultationsprocess ledde till enighet om Agenda 2030 och de globala målen*. Publicerades: 2016-06-16. Tillgänglig 2019-05-07: <http://www.se.undp.org/content/sweden/sv/home/presscenter/articles/2016/06/16/historisk-process-ledde-till-enighet-om-agenda-2030-och-de-globala-malen-f-r-hallbar-utveckling.html>
- UNDP Sverige. 2015. *Globala målen för hållbar utveckling*. Tillgänglig 2019-05-10: <https://www.globalamalen.se/>
- Vågerö, D. 2017. *Löpande bevakning och rapportering av folkhälsa och ojämlikhet i hälsa*. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa 2015:02. Tillgänglig: <http://kommissionjamlikhalsa.se/wp-content/uploads/2017/09/rapport-9-loepande-bevakning-och-rapportering.pdf>
- Wangel, J., Diedrich, L. och Vogel, N. 2018. Konsten att skapa framtidsbilder. *Tidskriften STAD* Nr 20:36-38.
- Whitehead, M. 1991. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*. Volym 6, Issue 3. Sida: 217–228. Publicerad 1 september 1991. Tillgänglig: <https://academic.oup.com/heapro/article/6/3/217/742216>
- WHO. 2019. *Glossary of terms used*. World Health Organization. Tillgänglig 2019-03-26: <https://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- WHO. 1985. *Targets for Health for all*. Köpenhamn: WHO. Tillgänglig: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109779/WA\\_540\\_GA1\\_85TA.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf)
- Winter, K. 2015. *Sociala nyttor i Sverigeförhandlingen*. Urbana och regionala studier, KTH.

## 6.2 Muntliga referenser

Eva Renhammar. 2019-03-05. *Senior adviser*. Malmö stad.

Jessica Pettersson. 2019-03-15. *Fastighets- och gatukontoret, Inriktningsavdelningen*. Malmö stad.

Anna Balkfors. 2019-03-27. *Strateg*. Kansliet för hållbar utveckling, stadskontoret. Malmö stad.

Karin Stomberg. 2019-04-09. *Utvecklingssekreterare*. Kommunikationsavdelningen, Förskoleförvaltningen. Malmö stad.

## **7. BILAGA**

### **Intervjuguide**

#### **Information inför intervju**

Jag skriver just nu masteruppsats på WSP (Andrea Utas är min handledare) om jämlik hälsa och har valt att titta närmare på Malmökommissionens arbete som ett exempel, utifrån det uppdrag som pågår just nu. Jag undersöker hur man följer upp jämlik hälsa och hur Agenda 2030 kan kopplas till dessa frågor.

Har förstått att du har varit involverad en del i Malmö stads arbete med social hållbarhet och jag vill gärna att min studie ska täcka in tankar om processen från slutrapporten 2013 till idag. Studien handlar alltså om hur man kan arbeta för jämlik hälsa och jag skulle vilja hålla en intervju för att få lite närmare förståelse för ert arbete och ditt perspektiv, är det någonting du skulle vilja ställa upp på?

#### **Information precis innan intervju**

Syftet med att göra intervjuer för den här uppsatsen är att skapa en förståelse kring hur man arbetar med frågorna som berör utvärdering, uppföljning och arbete för jämlik hälsa. Samt för att förstå kopplingen mellan forskning och kommunens roll i arbetet. Studien önskar söka svar på olika människors verklighet och erfarenhet kring frågor kopplade till jämlik hälsa och Agenda 2030 varvid semistrukturerade intervjuer har valts som metod. Jag kommer ställa frågor om din roll i relation till Malmökommissionen och hur ni har arbetat, jag är inte intresserad av att utvärdera arbetet utan att använda Malmö som exempel för att lära mig mer om hur man kan arbeta med jämlik hälsa.

#### **Inledande frågor**

- Vad är ditt yrke och dina arbetsuppgifter?
  - o Ge gärna exempel
- Vilken roll har du haft i relation till kommissionen för ett socialt hållbart Malmö?
  - o Både 2013 och idag

#### **Utvärdering och uppföljning jämlik hälsa**

1. Vilken roll har Malmökommissionen spelat för Malmö stads arbete med jämlik hälsa?
2. Finns det nationella åtgärder som skulle underlätta arbetet?
3. Vilken roll spelade kommissionärernas olika bakgrund för processen och resultatet?
4. Om ni hade kunnat göra om, vilka delar hade ni förändrat?
5. Kommissionärer från något annat fält? (Statsvetenskap, politisk organisering)
  - a. Försökt få målen politiskt antagna och inte bara rekommendationerna?
6. Vilken betydelse tror du detta omfattande processarbetet har haft för det fortsatta

arbetet med jämlik hälsa i Malmö?

7. När jag läst slutrapporten har jag uppfattat det som att en del saker som tas upp aldrig var tänkt att utvärderas eller följas upp, ex. Är viss statistik baserad på enskilda fallstudier, känner du till bakgrunden till detta? Varför återges ett läge som inte går att följa upp och då kunna se förändringar över tid?
8. När kommunstyrelsen tog beslut om de två övergripande rekommendationerna (2014-03-05) var 11 mot av totalt 24 ledamöter och 3 reservationer lämnades in, Hur var stämningen inför respektive efter mötet?
  - a. Borde man ha arbetat på ett annat sätt med politiker i ett tidigare skede för att öka förankringen?
9. Kommunstyrelsen valde att lägga till några egna utredningsuppdrag och prioritera i kommissionens åtgärdsförslag, vad tänker du om detta?

### **Agenda 2030**

1. Kan Agenda 2030 ge ett utökat regionalt och nationellt perspektiv på dessa frågor som kan gynna Malmö
2. De globala målen riktar fokus till ett målstyrt arbete, vad tycker du om mätning och uppföljning inom de globala målen på lokal nivå?
3. Finns det några problem eller fördelar när kvalitativa värden kvantifieras?

### **Avslutande frågor**

1. Någon intervjuperson som arbetar närmare befolkningen som jag kan intervjua?  
Någon som varit med i någon verksamhet som är sprungen ur Malmökommissionens arbete?
  - a. Kan familjecentralerna vara något?
2. Något tips på politiker eller medarbetare som inte alltid delat kommissionens syn på Malmös utveckling och behov som kan intervjuas?
3. Finns det något mer du skulle vilja berätta om som vi inte pratat om än?
4. Kan jag höra av mig igen om jag behöver ställa några förtydligande frågor?